

Høgskolen i Innlandet



Folk sier vel i herredet, at Jeppe drikker, men de sier ikke, hvorfor Jeppe drikker

(Ludvig Holberg, 1722)

Bruk av evalueringsstudier som fundament for utvikling av
alkoholbehandling i poliklinikk

av

Ragnhild Normann

Masteroppgave i sosial- og velferdsfag (MAVFF)

Høgskolen i Innlandet

Våren 2017

Forord:

Inspirasjonen til denne oppgaven kommer fra alle de flotte menneskene jeg er så heldig å få møte daglig gjennom jobben min. Takk for at jeg får lov å være en del av livene deres.

Jeg vil gjerne takke veilederen min Hans Jørgen Wallin Weihe, ved høgskolen i Innlandet, som har gitt meg gode råd og konstruktiv kritikk gjennom prosessen. Jeg vil også takke sykehusbiblioteket i Molde for råd i søkeprosessen, rusfagsbiblioteket for snarlige utsendelser av studier og Astrid M. Nøstberg ved Bibliotek for helseforvaltningen for gjennomføring av søk.

Jeg vil gjerne få takke alle på arbeidsplassen min, «poliklinikk, rusbehandling, TSB Molde», for gode faglige diskusjoner, ekstra arbeidsbyrder dere har tatt på strak arm og for at dere har hørt på meg mitt gjennom disse månedene. Heidi, min fantastiske sjef. Tusen takk for all tilrettelegging, støtte og tålmodighet.

Veronika, Maria Kristine og storesøster Line, tusen takk for korrekturlesning og gode råd. Det har vært godt å ha slike skarpe hjerner med seg. Anne Karin, tusen takk for gjennomlesninger, for din alltid tilstedeværende tro på meg, faglige og ikke fult så faglige sene kvelder og for at du alltid stiller opp for meg når jeg trenger deg.

Tusen takk til mamma og Arnt Helge, barnevakt og hjelp til stort og smått, det hadde vært adskillig mye hardere uten dere. Uten den støtten jeg har fått alle disse årene med studier, hadde jeg aldri kommet dit jeg er i dag.

Theodor, takk for at du har holdt ut med en distre og fraværende mamma. Det skal bli tid til mer kos i tiden fremover. Markus, takk for praktisk hjelp og for gode samtaler, mammaen din er stolt av deg.

Sist, men ikke minst. Thomas, Liebe meines Lebens, du er limet som har holdt dette husholdet sammen det siste halve året. En mer tålmodig, generøs og fantastisk mann enn deg, tror jeg ikke finnes. Jeg vet ikke hva jeg har gjort for å fortjene deg. Tusen, tusen takk.

Molde, 15.05.2017

Ragnhild Normann

Sammendrag:

Denne masteroppgaven er en litteraturstudie som baserer seg på systematiske litteratursøk og skandinaviske retningslinjer for behandling av rusmiddelproblem, sett i lys av et biopsykososialt perspektiv på avhengighet.

Oppgaven belyser følgende problemstilling:

Hvordan kan bruken av evalueringsstudier bidra til å utvikle klinisk praksis, i behandling av mennesker med en problematisk bruk av alkohol, ved «poliklinikk, rusbehandling, TSB Molde»?

Oppgaven inneholder søk i databaser og ti studier er inkludert etter søket. Tre av disse studiene blir systematisk analysert ved hjelp av sjekklister fra Kunnskapssenteret.

Bruk av evalueringsstudier, dersom kvaliteten av studiene og overføringsverdien er grundig analysert, kan være et godt hjelpemiddel. Det kan være et hjelpemiddel til å styrke og systematisere eksisterende tilbud, vurdere å fjerne eksisterende tilbud og utvikle helt nye tilbud.

Oppgaven er ikke omfattende nok til at man kan dra klare konklusjoner av funnene. Det antydes at bruk av kognitiv terapi, motiverende intervju, atferdsorientert familieterapi, brief intervention, motivational enhancement therapy og community reinforcement approach er virkningsfulle behandlingstilnærminger for denne pasientgruppen. Hjemmebesøk, etterverngrupper, oppmerksomhet rundt reaktans, kjønn og depresjon, aleksitymi og emosjonell dysregulering, samt klassifikasjoner for alkoholisme er andre temaer evalueringsstudiene viser til som viktige elementer i behandling.

Siste del av oppgaven inneholder sammenstillinger av poliklinikkens tilbud, retningslinjene og funnene fra evalueringsstudiene.

Nøkkelord:

Alkohol, alkoholavhengighet, alkoholmisbruk, poliklinikk, evalueringsstudier, behandlingstilnærminger og behandling.

Summary:

This master thesis is a literature study based on systematic searches and Scandinavian guidelines for treatment of dependence problems, in the light of a biopsychosocial perspective on addiction.

The thesis highlights the following research question:

How can the use of evaluation studies help develop clinical practice, in the treatment of people with a problematic use of alcohol, at “poliklinikk, rusbehandling, TSB Molde”?

The thesis contains database searches. Ten studies were included after the search, of which three of the studies will be systematically analyzed, using checklists from Kunnskapssenteret.

Use of evaluation studies can be a good tool, both to enhance and systematize existing services, to consider removing services and developing new offerings in the outpatient clinic. This requires good quality of the studies and the transfer value is thoroughly analyzed.

The thesis is not comprehensive enough to draw definite conclusions from the findings. The findings suggest that the use of cognitive behavioral therapy, motivational interviewing, behavioral family therapy, brief intervention, motivational enhancement therapy and community reinforcement approach are all effective treatment approaches for this population. Home visits, aftercare groups, awareness about reactance, gender and depression, alexithymia and emotional dysregulation, and classifications for alcoholism are other themes the evaluation studies indicate as important elements in treatment.

The last part of the thesis contains assemblies of the outpatient clinics offers, guidelines and findings from evaluation studies.

Key-words:

Alcoholism, addiction, dependence, outpatient, day clinic, evaluation studies, treatment approaches and treatment

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	1
1.1 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål	4
1.2 Studiens relevans	5
1.3 Tverrfaglig spesialisert behandling - TSB.....	5
1.4 Poliklinisk behandling	6
1.5 Klinikk for rus- og avhengighetsbehandling, avdeling poliklinikk, rusbehandling, TSB Molde.	6
1.6 Teoretisk forankring	7
1.7 Diagnoser og diagnostisering.	9
1.8 Oppgavens oppbygning	10
2 Alkoholpolitisk historikk og utvikling av alkoholbehandling	10
3. Teoretisk tilnærming	13
3.1 Perspektiv på avhengighet	13
3.1.1 Biopsykososial tilnærming.....	14
3.1.2 Nevrobiologisk/biologisk tilnærming	14
3.1.3 Psykososial tilnærming	16
3.1.4 Oppsummering perspektiver på avhengighet.....	19
3.2 Nasjonale retningslinjer for klinisk behandling av alkoholavhengighet.....	20
3.2.1 Norge	20
3.2.2 Danmark	21
3.2.3 Sverige	22
3.2.4 Sammenligning	23
3.3 Behandlingstilnærminger	24
3.3.1 Motiverende intervju	24
3.3.2 Kognitiv behandling.....	27
3.3.3 Brief Intervention	28
3.3.4 Motivational Enhancement Therapy	29
4 METODISK TILNÆRMING	30
4.1 Datainnsamling og utvalg	34
4.1.1 Datainnsamling.....	34
4.1.2 Elektroniske databaser	34
4.1.3 Litteratursøk, inkluderings- og ekskluderingskriterier	34
4.1.4 Studiens materiale.....	35
4.2 Metodologiske begrensninger.....	37
4.2.1 Reliabilitet.....	37
4.2.2 Validitet	38

4.3 Styrker og svakheter ved metode	39
4.4 Analysemetode.....	40
4.4.1 Grounded theory	41
4.5 Refleksjoner rundt det analytiske arbeidet.....	41
4.5.1 Forskningsetiske overveielser og egen rolle som forsker	41
5 Presentasjon av utvalget og empiriske funn:	43
5.1 Analyse/sammendrag av artiklene:.....	43
5.2 Analyse av studier:	48
5.2.1 Home visits in the outpatient treatment of individuals dependent on alcohol.....	48
5.2.2 PRACTICE GUIDELINE FOR THE Treatment of Patients with Substance Use Disorders. Second Edition.....	54
5.2.3 Patient Reactance as a Moderator of the Effect of Therapist Structure on Posttreatment Alcohol Use.....	58
6 Refleksjoner rundt valgte studier	63
6.1 Svakheter ved materialet	64
6.2 Vurdering av materialet med hensyn til metodisk kvalitet	65
6.3 Konklusjon over materialet	65
7 Sammenstilling og variasjon over funn fra materialet	66
7.1 Sammenstillinger av inkluderte studier og de skandinaviske veilederne	66
7.2 Perspektiver på rusbehandling i forhold til kognitiv terapi.....	73
8 Refleksjon	76
8.1 Avsluttende refleksjon.....	76
8.2 Veien videre.....	84
9 Forkortelser	86
10 Litteraturliste.....	87
11 Vedlegg.....	95
11.1 Vedlegg A - Søkestrategi.....	95
11.2 Vedlegg B: Presentasjon av studiene	103
Studie 1: Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. Second Edition.....	103
Studie 2: Patient reactance as a moderator of the effect of therapist structure on posttreatment alcohol use.....	105
Studie 3: Home visits in the outpatient treatment of individuals dependent on alcohol.....	106
Studie 4: Extended telephone – based continuing care for alcohol dependence: 24 – month outcomes and subgroup analyses.	107
Studie 5: AWMF Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen.	108

Studie 6: Gender differences in high – risk situations for drinking: Are they mediated by depressive symptoms?	110
Studie 7: Alexitymia, Emotional Dysregulation, and Recovery from Alcoholism: Therapeutic Response to Assessment of Mood.	111
Studie 8: Traditional approaches to addiction treatment and continuing care.....	113
Studie 9: Multidimensional alcoholism typologies: Could they guide clinical practice? Results from a 3-month prospective study.....	114
Studie 10: Alkoholbezogene Störungen in Alter – Aktueller Stand zu Diagnostik und Therapie.	116

1 Innledning

Mørland & Waal (2016, s. 269) har rangert farligheten av 20 ulike rusmidler. På en klar førsteplass kommer alkohol, med hele 17 poeng over rangeringens andreplass, heroin. Amfetamin finner vi på en sjuende plass og som nummer 17 kommer ecstasy. Statens institutt for rusmiddelforskning, SIRUS, kom i 2010 med en rapport over skader og problemer forbundet med alkohol. De kom frem til at i høyinntektsland kan så mye som 2 % av alle dødsfall og rundt 7 % av tapte friske leveår tilskrives alkoholbruk. I rapporten til SIRUS trekkes det også frem sosiale problemer og skader for tredjepart, blant annet gjennom promillekjøring, voldsbruk, arbeidslivet og barn som lider under foreldrenes alkoholbruk. De hevder at mellom 5 til 14 % av alle barn vokser opp med foreldre som har et risikofyllt alkoholkonsum (Storvoll et al., 2010).

Denne studien er en litteraturstudie. Den vil belyse hva et utvalg av studier har funnet ut gir effekt ved behandling av alkoholavhengighet. Oppgaven vil vurdere hvordan bruken av slike studier kan benyttes for å utvikle behandling i klinisk praksis, for mennesker med en problematisk bruk av alkohol. Oppgaven er en del av «poliklinikk, rusbehandling, TSB Molde», sitt mål om å utvikle et mer kunnskapsbasert tilbud til pasientgruppen. Jeg kommer videre i oppgaven å benytte meg av poliklinikk, når jeg omtaler klinikken jeg jobber på. Med kunnskapsbasert praksis menes i denne sammenhengen en praksis som er satt sammen av forskningsbasert kunnskap, gjennom innhenting og vurdering av evidens, og erfaringsbasert kunnskap, som den kliniske kunnskapen i praksisfeltet og pasientens ønsker.

I denne studien analyseres den forskningsbaserte kunnskapen, med hensikt å gjøre den tilgjengelig for daglig klinisk praksis ved poliklinikken. Målet er at gjennom å oppdatere kunnskap på feltet, vil vi kunne utvikle behandlingstilbudet for å gi pasientene en så optimal behandling som mulig. For mange, om ikke alle, av pasientene jeg møter er alkoholen bare en av utfordringene de har. Faren med å ha et for stort fokus på virkningen av ulike behandlingstilnærminger er at en kan miste de andre utfordringene pasientene har av syne. Økonomi og et sted å bo, dårlig fysisk og psykisk helse og problemer med arbeidsgiver eller i nære relasjoner, er utfordringer som vi må ha fokus på i møte med pasientene. Målet i rusbehandling, slik jeg ser det, er å se rusavhengigheten og mennesket som en helhet. Jeg vil vise til dette gjennom oppgaven, både gjennom perspektiver på avhengighet og bruk av

behandlingstilnærminger. Behandlingstilnærminger er et begrep jeg benytter gjennom oppgaven min. I dette legger jeg tilnærminger man benytter seg av i rusbehandling, som for eksempel kognitiv terapi. Behandlingstilnærminger er synonymt med behandlingsmodeller eller metoder i behandling.

På grunn av de store konsekvensene rusmisbruk påfører pasientene, familiene og samfunnet, oppleves det ekstra viktig å være sikker på at de tjenestene vi tilbyr er gode og har vist seg virkningsfulle. Rønnestad (2008) viser til at det har stor betydning at den profesjonelle er bevisst at det finnes mange ulike konstellasjoner av problemer og at forskningen vil være begrenset i disse situasjonene. Det vil ikke være mulig å komme med et fasitsvar på hva som er effektiv behandling, men gjennom evalueringsstudier kan en få en ide om hvilken retning en kan bevege seg videre i. Hole (2008) ved Senter for kunnskapsbasert praksis i Bergen, hevder at selv om det er mangel på god forskning og at det er vanskelig å overføre kunnskap fra forskning direkte opp mot en enkelt pasient, er ikke dette god nok grunn til å ikke arbeide kunnskapsbasert. Hva som definerer god forskning, handler om en rekke vurderinger, eksempler på dette kan være om forskningen er reproduserbar og hvilken etisk holdbarhet den har (Wisløff & Graver, 2011).

Alkohol som fenomen er generelt blitt forsket mye på. Befolkningsundersøkelser blir gjennomført årlig (Skretting, A., Bye, E.K., Vedøy, T.F., & Lund, K.E, 2015). Endringer i alkoholforbruk i ulike samfunn er det også forsket på (se for eksempel Rossow, Mäkelä & Kerr, 2014). Alkohol og fysiske skader, som kognitive skader og leverskader, er et annet sterkt forskningsfelt (Becker, et al., 1996; Harper, C. 2009). Når det gjelder behandlingsserier har Norge nasjonale retningslinjer for rusbehandling. Retningslinjen er ikke spesifikk for alkoholavhengige, belager seg i hovedsak på klinisk erfaring og har i liten grad benyttet seg av oppsummert forskning.

Project MATCH er et av de største og dyreste studiene som noen gang er gjennomført for behandlingseffekt av alkoholavhengige. Det ble undersøkt behandlingseffekt av kognitiv atferdsterapi, Motivational enhancement therapy og 12 – trinnprogram som alle fikk nesten identiske utfall. Resultatene har blitt tolket i etterkant og det ble funnet dokumentert at alle tre behandlingene var effektive (Cutler & Fishbain, 2005; Project MATCH research group, 1998; Allen, et al., 1997).

Rehm et al. (2012) viser i sin rapport til at effektive behandlingsformer kan redusere drikkenivåene og føre til avholdenhet (Rehm et al., 2012 s. 82). Forfatterne legger frem omfattende forskning som støtter denne konklusjonen. De har benyttet cochrane meatanalyser eller metaanalyser for å vurdere behandlingstilnærminger. Med metaanalyse menes en metode som slår sammen resultatene fra mange like studier (Kunnskapsbasert praksis, u.å.). De konkluderte med at farmakologi sammen med rådgivning, kognitiv atferdsterapi, motiverende intervju og to typer kort intervensjon (brief intervention - BI) var effektive for å senke alkoholrelaterte dødsfall. Det blir konkludert med at farmakologisk behandling og brief interventions på sykehus hadde størst effekt (Rehm et al., 2012 s. 12). De påpeker også at behandling av alkoholavhengighet spiller en nøkkelrolle i politikken fremover, da lidelsen er ekstremt underdiagnostisert. De hevder at mindre enn 10 % av den europeiske befolkningen med alkoholavhengighet mottar behandling.

Opptrappingsplan for rusfeltet 2016 – 2020, viser til at det fortsatt mangler gode kvalitetsindikatorer og informasjon/kunnskap om effekten av tjenestene til personer med rusproblemer og ressursbruk (Prop. 15 S 2015–2016). Der står videre at tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) er et forskningssvakt område, der det bare i begrenset grad er foretatt forskning om effekten av ulike behandlingsformer. Det er derfor behov for å øke kunnskapen om effekten av de tiltak og den behandling som tilbys personer med rusproblemer. Jeg søker gjennom oppgaven å bidra til en mer forskningsbasert behandling av denne pasientgruppen. Målet er å øke kunnskapen om virkningsfulle behandlingsformer ved poliklinikken og vise hvordan en kan benytte evalueringsstudier for å komme dit.

Oppgaven bygger på et psykososialt perspektiv av avhengighet. Med dette mener jeg at et grunnsyn om at avhengighet utvikles og vedlikeholdes av biologiske- (det som skjer i hjernen og kroppen), psykiske- (det som skjer opplevelsesmessig) og sosiale- (det som skjer i livet) faktorer (Hole, 2014). Perspektivet blir nærmere redegjort for under avsnitt 3.1.1 til 3.1.3.

Gjennom oppgaven har jeg benyttet meg av eksempler fra egen klinisk hverdag eller tenkte eksempler. Anonymitet er vektlagt da pasientene kommer fra små lokalmiljø og eksemplene lett kan bli koblet mot enkeltpersoner.

1.1 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål

Formålet med oppgaven er å bruke evalueringsstudier som fundament for utvikling av behandlingstilbudet for mennesker med alkoholmisbruk og alkoholavhengighet i poliklinisk behandling ved rusbehandling, TSB Molde. Jeg har ut fra dette formulert en problemstilling:

Hvordan kan bruken av evalueringsstudier bidra til å utvikle klinisk praksis, i behandling av mennesker med en problematisk bruk av alkohol, ved «poliklinikk, rusbehandling, TSB Molde»?

Dette spørsmålet vil jeg besvare ved å vise til en gjennomgang av ti evalueringsstudier, der tre av dem er nærmere analysert. Disse er videre knyttet opp til aktuell teori og kliniske erfaringer. Selv om jeg i oppgaven i stor grad forholder meg til alkoholmisbruk og alkoholavhengighet etter diagnosekriteriene til ICD -10, har jeg valgt problemstillingen *problematisk forhold til alkohol*. Dette har jeg valgt da utviklingen av poliklinikkens tilbud kan innebære behandling for mennesker som ikke fyller diagnosekriteriene, blant annet gjennom et samarbeidsprosjekt med somatisk sykehus.

Med begrepet klinisk praksis mener jeg sammensetningen av en aktiv benyttelse av teoretisk kunnskap, behandlingserfaringer og pasientens erfaringer i en klinikk (Svendsen, 2011; Malt, 2014). Denne oppgaven vil ta for seg den teoretiske kunnskapen.

Begrepene TSB, poliklinisk behandling og poliklinikk, rusbehandling, TSB Molde, vil jeg redegjøre for under punkt 1.3 – 1.5.

For å belyse problemstillingen har jeg utarbeidet tre forskningsspørsmål:

- Hvordan kan evalueringsstudier styrke eksisterende tilbud i poliklinikken?
- Hvordan kan evalueringsstudier bidra til å utvikle nye tilbud i poliklinikken?
- Hvilke nasjonale føringer for rusbehandling foreligger og hvordan er evalueringsstudier benyttet i disse?

1.2 Studiens relevans

Skadevirkningene av alkohol er store, både for enkeltindividene det gjelder og for deres nærmeste, men også for samfunnet som helhet. Verdens helseorganisasjon har beregnet at det er rundt 3,3 millioner alkoholbetingede dødsfall årlig. Samlet sett er alkoholbruk en av verdens viktigste årsaker til helseproblemer (Verdens helseorganisasjon, 2017).

Dersom behandlingen ikke er evidensbasert, kan det også bety at den ikke er så effektiv som den kunne vært. Alkoholbehandling kan være mye billigere enn både sosiale ytelser og sykehusbehandlinger, men selv billige tilbud blir dyre dersom de ikke har effekt. Det vil derfor være avgjørende at behandlingen gjennomføres på bakgrunn av oppdatert viten.

I vår kliniske hverdag opplever både jeg og mine kollegaer at pasientgruppen som primært har en avhengighet til alkohol, er en pasientgruppe som er ekstra vanskelig å rehabilitere.

Det kan tenkes flere årsaker til dette. Først og fremst er tilgjengelighet til alkohol ofte enklere enn til andre rusmidler. Jeg har hatt flere pasienter som forteller at de legger seg til å sove frem til alkoholsalget stenger på matbutikkene, før de tør gå å handle. Videre må pasienter med alkoholavhengighet forholde seg til et samfunn der alkohol blir brukt i mange sosiale sammenhenger. Det kan være sammenkomster i regi av arbeid, sammen med venner eller familiefestninger. Dette skaper en ekstra utfordring for mange. Valget blir mellom å isolere seg eller risikere et tilbakefall. Det er erfart at bedrifter gir alkohol i julegave til sine ansatte. Dette kan være det tilfellet, som gjorde at de ikke greide å holde seg rusfri den jula. Det erfarer også at mennesker som har hatt sin primære avhengighet til illegale rusmidler, ofte utvikler en avhengighet til alkohol etter at de har greid å stanse inntaket av andre rusmidler. Både mellommenneskelige og teoretiske faktorer kan spille inn i begrepet god behandling. Som jeg vil gå nærmere inn i under teorikapittelet, finnes det ulike perspektiver på avhengighet som kan prege måten vi utfører behandlingen av pasienter med alkoholavhengighet. Sammen med perspektivet vi har på avhengighet, er det viktig at vi er bevisst på og anvender spesifikke metoder som det finnes kunnskap om vil være nyttig for pasientene (Hole, 2014).

1.3 Tverrfaglig spesialisert behandling - TSB

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige – TSB, ble ved Rusreformen i 2004 en del av spesialisthelsetjenesten. Den rusavhengige gikk dermed fra å være bruker av

tjenester til å bli pasient, med de samme rettighetene som andre pasienter. Det vil si at de fikk behandlingsfrister, rett på alvorlighetsvurderinger og fritt sykehusvalg. Alle vurderinger av henvisninger skal foretas på grunnlag av Helsedirektoratets veileder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Helseforetakene fikk ansvaret for en spesialisert og institusjonsbasert behandling av rusbrukslidelser som et helseproblem. Tilbudene består både av polikliniske tjenester, dagtilbud, ambulante tjenester, døgnbaserte tjenester som avrusning, korttids – og langtidsbehandling i institusjon. Spesialistområdet ble definert som tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbruk, og administrativt likestilt med psykiatri og somatikk. Det skal være tilgjengelig sosialfaglig, psykologisk og medisinsk kompetanse (Mørland & Waal, 2016).

1.4 Poliklinisk behandling

Hvilke tilbud en mottar ved poliklinisk behandling kan variere for de ulike poliklinikkene. I de fleste tilfeller vil det være tilbud om individual, - par, - familie- eller ulike gruppetilbud. Dagtilbud med gruppebehandling, tilbud til pårørende, utadrettet og ambulant virksomhet finnes også hos de fleste poliklinikkene. Ambulante tjenester kan gis i pasientens bolig eller andre steder pasienten oppholder seg og er ofte et samarbeid med kommunehelsetjenesten eller kommunenes sosialtjeneste. Poliklinikkene kan også ha ansvaret for koordineringen og oppfølgingen av pasienter med legemiddelassistert rehabilitering - LAR. Poliklinikkene er tverrfaglig sammensatt av sosialfaglig, - psykologisk, - og medisinsk kompetanse. De tilbyr utredning, vurdering og behandling til mennesker med avhengighet og deres pårørende. Denne oppgaven vil fokusere på behandling av alkoholavhengige i en poliklinisk setting, det vil si rusbehandling mens pasienten fortsatt bor hjemme. Dette skjer i form av individuelle samtaler, dagbehandling i gruppe, etterverngrupper og ambulante tjenester. Oppgaven omfatter ikke andre pasientgrupper poliklinikken tilbyr behandling til.

1.5 Klinikk for rus- og avhengighetsbehandling, avdeling poliklinikk, rusbehandling, TSB Molde.

Poliklinikken jeg arbeider i består av 19 ansatte. Det er 14 kvinner og fem menn ansatt, med en gjennomsnittsalder på 44 år. Vi har en seksjonsleder, en teamkoordinator, en overlege, to psykologer, en familieterapeut, tre terapeuter i dagbehandlingen, to samhandlingskoordinatorer, tre ansatte i forskningsavdelingen (FOU) og fem fagkonsulenter

som arbeider med pasienter i legemiddelassistert rehabilitering – LAR og med polikliniske pasienter. Vi tilbyr tjenester til LAR pasienter i hele Romsdals- og Nordmørssiden av fylket. Dette innebærer 19 kommuner med til sammen rundt 122 500 innbyggere. Generelle polikliniske tjenester tilbyr vi til innbyggerne i Romsdal, det vil si åtte kommuner med rundt 60 500 innbyggere.

De ansatte i poliklinikken har ulik utgangskompetanse, men alle har videreutdanning etter grunnutdanning. Av behandlingstilnærminger kan psykologene våre tilby de fleste metodene. Blant de andre ansatte finnes det kompetanse på ulike tilnærminger til kognitiv terapi, motiverende intervju, tilbakefallsforebygging, traumebehandling, par- og familiebehandling, gruppebehandling som dagbehandling, etterverngrupper og pårørendegrupper, uttrykksterapi og treningsterapi.

Som nevnt i innledningen har poliklinikken fått i oppdrag å utvikle et mer kunnskapsbasert behandlingstilbud til alkoholavhengige. Vi har i forbindelse med utviklingsarbeidet satt opp en arbeidsgruppe på tre ansatte. Arbeidsgruppa har reist rundt på ulike behandlingssteder for å samle informasjon om hva klinikerne selv erfarer er virkningsfull behandling for denne pasientgruppen og hvilke utfordringer de møter. Vi har gjennomgått pasienterfaringsundersøkelser utført av poliklinikkens forskningsavdeling og den siste utviklingsdelen vil være masteroppgaven min. Vi har ved siden av den polikliniske utviklingen startet et samarbeid med sykehuset i Molde. Hensikten med samarbeidet er at sykehuset kan kontakte poliklinikken for bistand, når de møter pasienter i somatisk helse og mistenker en risikofylt bruk av alkohol.

1.6 Teoretisk forankring

I den teoretisk forankring vil jeg gjøre rede for et biopsykososialt perspektiv på avhengighet. Jeg har valgt å ta med dette perspektivet, ut fra at poliklinikken har et grunnsyn som viser til at utvikling og opprettholdelse av avhengighet er sammensatt av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Dette synet påvirker behandlingen vi tilbyr og en utvikling av behandlingstilbudet bør derfor støtte seg til dette perspektivet. Jeg vil også kort redegjøre for andre perspektiver, dette for å vise at selv om et biopsykososialt perspektiv har et helhetlig syn på avhengighet, dekker det ikke alle områdene som skaper eller vedlikeholder avhengighet.

Videre vil jeg redegjøre for de ulike retningslinjene for behandling av rusavhengige/alkoholavhengige i de skandinaviske landene. Jeg ønsket å benytte meg av de norske retningslinjene både for å sette meg mer inn i anbefalingene, og for å se om resultatene jeg fant i datasøkene samsvarte med anbefalte retningslinjer. I forhold til utvikling av poliklinikkens tilbud, som en del av spesialisthelsetjenesten, anser jeg det som viktig at vi holder oss oppdatert på nasjonale føringer. Jeg syntes også det var spennende å se hvordan de har benyttet evalueringsstudier i utarbeidelsen av retningslinjene, og ønsket å undersøke om dette var noe vi kunne bygge videre på. Gjennomgangen viste at Norge har ikke egne retningslinjer for behandling av alkoholavhengige, og at retningslinjene i liten grad bygger på samlet kunnskapsoppsummering. Sverige og Danmark har egne retningslinjer for alkoholbehandling. Deres retningslinjer har en bredere og mer omfattende evidens som grunnlag, enn det Norge har. De har også i større grad benyttet seg av evalueringsstudier. Jeg mener at det er viktig å inkludere disse landenes retningslinjer i oppgaven, både for å sammenligne og for å kunne trekke lærdom fra deres funn. Det er noen ulikheter mellom Norge og de to andre skandinaviske landene, for eksempel når det kommer til alkoholpolitikk og ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Men mye er også likt og i stor grad overførbart til norske forhold. Retningslinjene er førende for hvilken behandling pasientene skal tilbys. En utvikling av klinisk praksis bør derfor inneholde elementer fra anbefalte retningslinjer.

Til slutt vil jeg redegjøre for fire tilnærminger til behandling av alkoholavhengige; kognitiv terapi/kognitiv atferds terapi (CT/CBT), motiverende intervju (MI), motivational enhancement therapy (MET) og Brief Intervention (BI). Jeg har valgt kognitiv terapi og MI ut fra poliklinikkens eksisterende kompetanse og funn i retningslinjene og evalueringsstudiene. MET og BI, har jeg valgt ut fra poliklinikkens fremtidige behov og funn i retningslinjer og evalueringsstudiene. Kognitiv terapi er en form for terapi som omhandler endringer i kognisjon - oppfatning og tenkning. MI er en samtalemetode for å motivere til atferdsendring. MET er en tidsbegrenset metode som tar sikte på opplæring og utforsking av motivasjon og BI er en ikke – konfronterende metode for å undersøke drikkemønstre og endringsfordeler.

1.7 Diagnoser og diagnostisering.

For å beskrive diagnosekriterier for avhengighet og misbruk har jeg benyttet meg av diagnosekriteriene i ICD-10 (Verdens helseorganisasjon, 1999). Mange publiserte amerikanske evalueringsstudier benytter seg av diagnosekriteriene i DCM, som er utarbeidet av den amerikanske psykologforeningen. Jeg har valgt å benytte meg av ICD-10, som er utarbeidet av verdens helseorganisasjon for global bruk. Det er ICD-10 som i hovedsak blir benyttet ved poliklinikken.

F. 10.1 Skadelig bruk defineres ved at alkohol brukes på en slik måte at det gir helseskade. Skaden kan være somatisk for eksempel ved leverskade av for høyt inntak av alkohol over tid, eller psykisk for eksempel episoder med depressive lidelser etter betydelig alkoholkonsum.

F.10.2 Avhengighetssyndrom blir beskrevet som å være et spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans får en mye høyere prioritet, enn annen atferd som tidligere var av stor verdi (Verdens helseorganisasjon, 1999 s. 68). Med avhengighetssyndrom menes et tilbakevendende tvangsmessig ønske om å innta et rusmiddel. Diagnosen stilles vanligvis når tre eller flere av kriteriene som er beskrevet under har skjedd samtidig i løpet av det siste året. Personen har en sterk lyst eller følelse av tvang til å innta alkohol eller han får problemer med å kontrollere inntaket. Personen får fysiologiske abstinenser når han slutter å drikke, som for eksempel rastløshet, uro, kvalme, skjelvinger og eventuelt psykose. Nødvendighet av å regulere inntaket av alkohol for å oppnå den samme effekten som man fikk i begynnelsen, kan være et av kriteriene for en avhengighetsdiagnose. Det samme gjelder ved en økende likegyldighet overfor andre interesser; alkoholen blir viktigst. Det å måtte bruke mer og mer tid på å skaffe alkohol eller drikke og å komme seg etter at man har drukket er et annet tegn på avhengighet. Det siste punktet på listen er at personen fortsetter å drikke til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser, som leverskader etter betydelig alkoholkonsum.

Diagnostiske krav for avhengighet beskrives som en blanding av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener. Under kapitel tre, teoretisk tilnærming, redegjør jeg for en biopsykososial tilnærming til avhengighet. Diagnosekriteriene til ICD – 10, tar i noe grad høyde for avhengighet som mer enn fysiologi, men jeg mener den fysiologiske delen helt klart får hovedtyngden av vektleggingen. Fekjær (2012), hevder at definisjonen bygger på at

skadelige drikkevaner må skyldes sykdom. Han kritiserer at det ikke blir vurdert at fordeler kan oppveie ulemper, ut fra de valgmulighetene pasientene opplever å ha. Lossius (2011, s. 26) kritiserer også at klassifiseringen skjer i henhold til medisinske tradisjoner, der det kun er pasientens problemer det fokuseres på. Hun savner blant annet fokus på de relasjonelle problemene og hevder at pårørende ofte får psykiske plager, lenge før den som drikker får helseutfordringer.

1.8 Oppgavens oppbygning

Innledningsvis i oppgaven har jeg presentert temaet mitt, sett i lys av tidligere forskning og hvilke «kunnskapshull» min oppgave søker svar på. Problemstilling, presentasjon av egen arbeidsplass og diagnosekriteriene i forhold til pasientgruppen oppgaven omhandler, blir også presentert innledningsvis. Som bakteppe for oppgaven inkluderes den alkoholpolitiske historikken til Norge og noen av våre naboland, samt utviklingen av alkoholbehandling i Norge. Jeg vil deretter presentere den teoretiske forankringen; perspektiver på avhengighet, retningslinjer for rusbehandling i Norge, Sverige og Danmark og fire utvalgte behandlingstilnærminger. Oppgaven fortsetter med en gjennomgang av den metodiske tilnærmingen og en redegjørelse av datainnsamlingen. Metodekapittelet inneholder også refleksjoner rundt det metodiske og analytiske arbeidet. Under kapittel 5 presenteres utvalget og funnene, som følges av en refleksjon rundt valgte studier. Kapittel 7 inneholder sammenstillinger og variasjoner av funnene. Siste del av oppgaven inneholder en kort oppsummering, samt refleksjoner over hvilke følger funnene kan ha for utviklingen av poliklinikken og en vurdering av behov for videre forskning. Avslutningsvis følger en liste over forkortelser som er benyttet gjennom oppgaven.

2 Alkoholpolitisk historikk og utvikling av alkoholbehandling

For å forstå alkoholbehandling og samfunnets syn på alkohol i dag, er det viktig å inkludere historikken og utviklingen i Norge og våre naboland. Jeg har i hovedsak benyttet meg av Fekjær (2009) under kapittelet om historikk og utvikling. Hva som blir forsket på gjenspeiler samfunnsholdninger og er knyttet opp til det som historisk har vært. Utvikling av praksis, vil alltid være knyttet opp til det som har vært før og kulturen en lever i nå. Uten å ta lærdom av historie, vil det være lettere å gjøre de samme «feilene» eller å tenke gamle tanker opp igjen.

I 1816, vedtar stortinget frislipp av hjemmebrenning og forbruken av alkohol når 13 liter ren alkohol per innbygger. Til sammenligning var forbruket i Norge på 6,03 liter per innbygger i 2016 (Statistisk sentralbyrå - SSB, 2017). Dette førte til store skadevirkninger, som en konsekvens av skadevirkningene oppstod avholdsbevegelsen. Bevegelsen utryddet nesten alkohol i mange norske bygder i årene fremover. Ved valg i 1919 om videre forbud, fikk Møre og Romsdal størst tilslutning i landet med 88 % som stemte for forbudet (SSB, 1994). Det er ikke før etter 1945 alkoholbruken og skadene igjen øker sterkt. Til tross for at det i stor grad var brennevin som ble benyttet utover 1950 årene, er det langt flere som dør i «øl og vin Norge» i dag (Fekjær 2009, s. 28).

Først utpå 1900 – tallet ble det vanlig å føre generell statistikk i Norge, et av unntakene er omsetningen av alkohol, dette ble det ført statistikk på allerede fra 1851. En av årsakene til at alkoholbruk ble satt på dagsorden så tidlig, var at samfunnet på denne tiden var mer opptatt av det som skjedde i nærmiljøet. Alkohol førte til familieproblemer, vold og kriminalitet. Det er i dag større fokus på skadene til hvert enkelt individ, mens det da var beskyttelsen av kvinner og barn som sto sentralt. På 1800 - tallet var det ikke snakk om avhengighet, men henfallenhet. Først i 1935, ble stordrikkere kalt alkoholikere i den forståelse vi kjenner det i dag. I 1975 blir Alkoholpolitikk i et folkehelseperspektiv gitt ut og de individuelle helseskadene får større fokus. Vinklingen går dermed fra et samfunnsperspektiv til et individperspektiv, noe som også preger rusbehandlingen i dag.

Fra 1951 til 1979 står alkoholisme på diagnoselisten til Verdens helseorganisasjon. Den ble i etterkant todelt. Det ble satt et skille mellom alkoholavhengighetssyndrom og alkoholrelaterte problemer. Det at fokuset mellom samfunnets utfordringer ble satt litt til side og fokuset på individuelle helseskader mer fremmet, førte til at det felles folkelige engasjementet som var nødvendig for å redusere problemene ble borte.

Fra tidlig på 1900 – tallet og opp mot 1925 var det delvis forbud i mange land. Dette gav utslag i en klar nedgang av alkoholrelaterte dødsfall og forseelser utført i påvirket tilstand. Island, Storbritannia, Danmark og Sverige hadde lignende tiltak rundt samme periode som Norge. Noe av resultatet var at ingen mellom 1916 og 1922 ble fengslet på Island og de måtte leie ut fengselet som bolig. I Storbritannia ble strenge restriksjoner innført i 1916, dette førte til at skrumpleverdødelighet gikk ned 64 % og drukkenskapsforseelser ned 79 %. I Danmark i 1917 gikk antall delir og drukkenskapsforseelser ned 75 %, etter at

brennevinsavgiftene ble 34 - doblett. Etter at Sverige opphever forbudet i 1955 blir antallet delirtilfeller mer enn firedoblet de neste fem årene (Fekjær 2009, s. 53).

I Finland på 1960 – tallet kommer en liberalisering, tanken bak er at en liberal politikk vil føre til en mer «kultivert» drikking. Det vil si mer måtehold, mindre fyll og mindre brennevinsbruk. Resultat fra 1968 til 1975: Omsetningen av alkohol går opp med 115 %. Per 100 000 innbygger blir det; 805 flere voldsforbrytelser, 83 % flere drukkenskapsforseelser, 57 % flere alkoholrelaterte trafikkulykker, 157 % flere promillekjøringer, 10 % oppgang i dødsfall av alkoholforgiftning/alkoholisme og 75 % flere døde av skrumplever.

I Sovjet ble alkohol mindre tilgjengelig og dyrere mellom 1984 – 1987. Det var også forbud ved statens arrangementer. Alkoholrelaterte dødsfall blant menn gikk ned 56 % og mannlige dødsfall av ulykker og vold gikk ned 36 %. Det er beregnet at 1,22 millioner menneskeliv ble spart mellom 1986 og 1991. Jeltsin opphevet tiltakene i 1991-1992, med et resultat at gruppen mellom 15-34 år som døde av alkoholforgiftning økte med 98 %, fallulykker med dødelig utfall økte 75 %, døde av drukning gikk 33 % opp og det var en økning i drap på 40 %. Antallet som døde av skrumplever i alderen 35 – 69 år ble mer enn 15 doblett (Fekjær 2009, s. 55 – 56).

Ut fra et historisk perspektiv kan vi se at regulering og samfunnsansvar i ruspolitikken, kan være avgjørende. Utviklingen av rusbehandling, bærer også preg av samfunnsendringer og endringer i ideologier. Det er ikke lenge siden hele hjelpeapparatet på rusfeltet het rusomsorg. Målet har vært å yte omsorg, uten store ambisjoner om å påvirke til å endre atferd. Rundt 1900 – tallet blir det bedt om at staten oppretter institusjoner for alkoholistbehandling. Dette ble gjort ut fra en tanke om at staten tjener penger på salg av alkohol og dermed burde hjelpe. Staten sa nei til dette og i 1909 oppretter Blå Kors, som en kristen privat organisasjon, et kursted. Dette regnes som starten på rusbehandlingsapparatet i Norge. I 1970 finnes 19 kursteder med 599 sengeplasser og ni klinikker med 172 plasser, de fleste private. Sykdomsteorien gir økt status til både klienter og behandlere. Akan (arbeidslivets komite mot alkoholmisbruk og narkomani) opprettes i 1963. Rundt 1970 opprettes også avrusningsstasjoner og vernehjem for eldre «utbrente» alkoholikere.

Rundt 1980 skjer det en økt profesjonalisering med flere fagutdannede medarbeidere i Norge, særlig psykologer og sosionomer. Gruppebehandling, familie – og

nettverksbehandling og behandlingsforskning øker i omfang. Korttidsbehandling og poliklinisk behandling blir mer og mer vanlig, noe som fører til at kurstedenes posisjon blir mer svekket. Evangeliesentrene etableres, deretter kom Minnesota eller 12 – trinns klinikker, med Vangseter som den første i 1986. Etter at sosialtjenesteloven blir vedtatt i 1991, opprettes det etterhvert ruspoliklinikker i alle fylker. I 2003 blir det vedtatt at rusbehandlingstiltakene skal fra fylkeskommunene og sosialtjenesten til de statlige helseforetakene. Rustiltakene defineres dermed som spesialisthelsetjeneste og reguleres etter lovgivningen for helsetiltak (Fekjær, 2009, s. 28 – 66). De private klinikkene som Vangseter benyttes fortsatt aktivt i dag, også av våre pasienter.

Vi ser ut fra historien at rusbehandling har vært drevet av flere ulike aktører, hvilket kan ha forsinket mulighetene til å danne, en så felles som mulig, vitenskapelig plattform for kliniske praksis. Ulike ideologier og konkurranse mellom aktørene, kan ha bidratt til at rusfeltet har vært og delvis er et forskningssvakt område. Ansatte i poliklinikken har blant annet erfart at de ikke fikk komme å snakke med ansatte på enkelte private rusinstitusjoner om deres kliniske erfaringer med pasientgruppen. Dette ble begrunnet med at de som privat drevet behandlingssted måtte verne om metodikken sin.

3. Teoretisk tilnærming

I dette kapittelet vil jeg først gjøre rede for perspektiver på avhengighet. Jeg har hovedfokus på en biopsykososial tilnærming som er det perspektivet på avhengighet poliklinikken arbeider ut fra. Jeg vil deretter se nærmere på retningslinjer for rusbehandling/alkoholbehandling i Norge, Sverige og Danmark. Til slutt vil jeg gi en innføring i motiverende intervju, kognitiv terapi, motivational enhancement treatment og brief intervention som behandlingstilnærming. Jeg har beskrevet valgene mine nærmere under 1.6.

3.1 Perspektiv på avhengighet

Perspektiver på avhengighet som beskrevet under alkoholpolitisk historikk og utvikling av alkoholbehandling, har endret seg opp gjennom tidene. Selv om jeg har lagt hovedvekt på en biopsykososial tilnærming til avhengighet, vil jeg også kort vise til andre perspektiver. Problemstillingen søker å finne svar på hvordan evalueringsstudier kan bidra til utvikling av praksis. Hvilket syn vi har på avhengighet, styrer hvilken og hvordan vi tilbyr behandling. Da

et biopsykososialt perspektiv er styrende for poliklinikken, vil det være avgjørende at evalueringsstudiene støtter dette perspektivet for at de skal kunne benyttes i utviklingsarbeid. En kan dermed si at utvikling av klinisk praksis må skje i samsvar med rådende årsaksforklaring.

3.1.1 Biopsykososial tilnærming

Et biopsykososialt perspektiv er som navnet indikerer inndelt i tre deler; et biologisk perspektiv, et psykologisk perspektiv, og et sosialt perspektiv. Hole (2014) forklarer dette enkelt med det som skjer i kroppen, det som skjer opplevelsesmessig og det som skjer i livet. Vi har etterhvert fått mer kunnskap om hva som skjer biologisk med mennesker under og etter inntak av rusmidler, med den økte kunnskapen kom også behovet for et mer sammensatt perspektiv på avhengighet. Jeg har i hovedsak benyttet meg av Mørland og Waal (2016) *Rus og avhengighet* for kapittelet om biopsykososialt perspektiv.

3.1.2 Nevrobiologisk/biologisk tilnærming

Hjernens oppbygging og endringer som oppstår under inntak av rusmidler er et omfattende og komplekst system, som kunne fylt hele oppgaven alene. Jeg har derfor valgt å ta med en helt overfladisk beskrivelse av hjernens funksjon i forhold til å skape og opprettholde et rusmisbruk. I og med at hjernestrukturen endres etter tid med rusbruk, må behandling alltid individuelt tilrettelegges. Selv om metoder og tilnærminger får gode evalueringer, må hjerneendringene alltid tas med i betraktning når man legger en behandlingsplan. I følge Mørland & Waal (2016, s 27 – 38) kan hjernens funksjon grovt deles i tre systemer: et mottakersystem for signaler fra sanseorganer, et kontrollsystem som vurderer og styrer hvordan vi responderer, og et responssystem som oppfatter endret motorikk og atferd. Nevroner i midthjernen deltar i vurderingen av belønning og viktigheten av signaler vi mottar. Rusmiddel, rent farmakologisk, øker dopaminfrigjøringen fra nevronene. På grunn av dette oppstår en tolkning av rusmiddelet som belønning og en betydningsfull handling, og dermed en videre motivasjon for nye inntak av rus (Mørland og Waal 2016, s. 32; Weihe 2004, s. 23). Ved gjentatt bruk av et rusmiddel kan funksjonen og strukturen til nevronene endres. Det kalles nevroplastiske endringer. Dette betyr blant annet at betydningen av rusmidlet økes, noe som igjen fører til en økt trang til å bruke rusmidlet. Denne økte trangen vil være tilstede også når nytelsen eller gleden over rusmidlet ikke er tilstede. Med andre ord vil trangen øke og nytelsen synke. Noe av årsaken til at nytelsen synker er at frigjørelsen av

blant annet dopamin synker, noe som gjør at manglende glede og nedstemthet oppstår. Det kan ta lang tid å endre disse prosessene, noe som gjør det mer krevende å forbli rusfri. Det erfares hos svært mange av pasientene ved poliklinikken, at dette er utfordringen de sliter med lenge etter at rusfrihet er oppnådd. En annen bieffekt som kan oppstå når rusmiddelbruken avbrytes, er at nevroner som gir angst aktiveres. Utskillelsen av cortisol, som er et stresshormon, øker og dermed økes både stresseffekt og angstnivå. En må være oppmerksom på at det tar tid å reversere de biologiske endringene i hjernen. Dette gjelder både når eksisterende tilbud blir evaluert og når en vurderer å implementere nye behandlingstilnærminger.

En annen endring som kan oppstå er i forhold til nevroplastisk betinget læring. Dette kan ses på som en mer automatisk bruk, i praksis etableringen av en rusvane. Etterhvert kan endringene føre til at vanebruken går over til en tvangsmessig bruk. Dopaminøkningen skjer da også uten inntak av rusmidler, for eksempel ved lyden av en flaske som blir åpnet. Det er også funnet endringer i nevronnettverk som styrer atferd. Det kan føre til at impulskontrollen blir langvarig svekket. Som resultat av dette kan evnen til å treffe hensiktsmessige valg reduseres, det blir vanskeligere å innse uheldige konsekvenser av valg og det kan inntre en manglende demping av reaksjonen på «triggere», som for eksempel flasken som blir åpnet.

De nevroplastiske endringene kan vedvare i lang tid, for noen vil det vedvare i år og for andre vil endringene være livslang. Det vil si at dersom en bruker rusmidler som øker dopaminnivået, kan de gamle minnene av hvor viktig rusmidler er våkne igjen selv etter lang tids rusfrihet. Lyden av flasken kan plutselig gi forsterkede signaler om hvor viktig det er å drikke, selv etter år med avhold.

Sykdomsbegrepet kommer også inn under det biologiske perspektivet. Hole (2014) sier dette begrepet vokste frem på midten av 1800 – tallet og vokste videre med Anonyme Alkoholikere på 1900 – tallet. Han viser til at i dag vil rusmiddelavhengighet være en sykdom i en medisinsk forståelsesmåte, på grunn av de nevrobiologiske forstyrrelsene og en betydelig grad av arv. Diskusjonen om arv og genetikk er i denne henseende omfattende og jeg har ikke mulighet til å gå videre inn på denne diskusjonen i oppgaven (se for eksempel Crabbe, 2002; Walters, 2002; Edenberg, 2007).

3.1.3 Psykososial tilnærming

Den psykososiale delen av tilnærmingen, kan som sagt enkelt beskrives som de indre opplevelsene og de sosiale delene av et menneskes liv. I den kliniske hverdagen vil det i størst grad være de psykologiske og sosiale delene av en pasient vi blir mest oppmerksomme på. Et psykososialt perspektiv kan inndeles i flere ulike modeller for forståelse. Jeg vil redegjøre nærmere for noen av disse modellene i avsnittene som følger.

3.1.3.1 Lidelse som årsak:

Mange undersøkelser viser en kobling mellom en vanskelig barndom og utvikling av rusproblemer. En majoritet av voksne misbrukere har vært utsatt for omsorgssvikt, vold og/eller seksuelle overgrep. Psykiske vansker og rusproblemer hos foreldre og hyppige flyttinger og relasjonsbrudd i barndom, er også overrepresentert hos denne pasientgruppen. (Mørland & Waal 2016; Stallvik 2015). Rusbruket blir i denne sammenhengen en måte å regulere affekter i forbindelse med skam, tomhet, psykisk smerte og sinne over det en har vært gjennom. Stallvik (2015) viser til at personlige egenskaper og mentale lidelser kan påvirke misbrukslidelser i stor grad. Gjennom klinisk erfaring vet jeg at dette stemmer hos svært mange av de pasientene vi møter. Det gjelder likevel ikke for alle og årsaksforklaringen tar ikke hensyn til for eksempel eventuelle positive aspekter med å ruse seg. Mørland og Waal (2016) peker også på at det ikke er påvist sammenheng mellom type lidelse og rusmiddel. For eksempel bruker ikke en som er trist bare stimulerende rusmidler, eller en som er redd bare dempende rusmidler. Det vil derfor være viktig å legge vekt på at erfaringer gjennom oppvekst kan prege hvilken behandling pasienten har behov for. På den andre siden vil andre faktorer ved avhengigheten ikke automatisk forsvinne, selv om en får hjelp til å bearbeide psykiske utfordringer.

3.1.3.2 Innlært atferd som årsak:

Skinners sin teori om atferdsendringer og Pavlovs forsøk med hunder blir ofte brukt for å forklare operant beting atferd. Pavlov gav hunder mat og målte fysiologiske reaksjoner som spyttutskillelse. Dette er en automatisert respons. Han gav deretter et lydssignal når hundene fikk mat. Hundene fikk etter hvert spyttutskillelse når de hørte lyden. Lyden betydde mat og spyttutskillelse ble en betinget respons. Samtidig som hundene fikk en spyttreaksjon, endret de atferd, ble urolige, logret og undersøkte omgivelsene. Dette er operant betinget atferd. Sentralt i denne forståelsen er forsterkning. Skinner var kjent for sin forskningsbaserte teori

om at belønnende følger øker forekomsten av en atferd, mens negative følger reduserer atferd (Mørland og Waal, 2016 s. 50). Noe av årsaken til at mennesker gjentar rushandlinger gjennomgås i avsnitt 3.1.2 om nevrobiologisk perspektiv, jamfør eksempelet med flasken. Lyden av flasken som blir åpnet setter i gang en kroppslig reaksjon, denne reaksjonen kan være vanskelig å styre. Handlingen blir etterhvert automatisert og vi handler uten å tenke over hva vi gjør. Erfaringsmessig er dette en kjent problemstilling. Pasientene opplyser ofte om at det bare skjedde og at de ikke vet mer før det allerede er gjort.

Behandlingstilnærminger som arbeider med å kjenne igjen innlært atferd, for å kunne lære ny atferd, vil i dette tilfellet kunne være hensiktsmessig.

3.1.3.3 Sosiologisk perspektiv:

Bruk av rusmidler er også en sosialt betinget og sosialt utformet atferd. Hva vi har lært om rusmidler, påvirker hvordan vi oppfører oss når vi bruker rusmidler. I ulike kulturer blir noen glade, noen aggressive og noen triste av det samme rusmidlet. Alkohol regnes for å være sosialt akseptert i vår kultur, den er tilstede i mange sosiale settinger og det blir derfor lettere å tenke på alkoholbruk som uproblematisk. Dersom man ikke behersker den sosiale måten å benytte seg av rusmidlet som er forventet, er det lettere å bryte ut med det etablerte og ende opp i subkulturer eller isolasjon (Mørland og Waal, 2016 s. 63). Weihe (2004) beskriver at samfunnets forhold til rusen, sier noe om hvorvidt et menneske skal defineres som bruker eller misbruker. Kulturelle faktorer har en dermed en viktig rolle for å definere omfanget av «avviket». Noe av det som bør fokuseres på i behandling av rusmisbruk i et sosiologisk perspektiv, vil dermed være å styrke pasientenes relasjon til samfunnet. Dette kan gjøres gjennom tilknytning til arbeidsliv, utdanning og kontakt med andre mennesker. En manglende følelse av tilhørighet og tilkobling til samfunnet, kan bedres ved å styrke denne relasjonen (Mørland & Waal, 2016: Stallvik, 2015). De fleste av pasientene ved poliklinikken møter disse utfordringene. Flere av pasientene sier «problemet er ikke å bli rusfri, det er å lære seg å leve rusfritt». Ut fra det sosiologiske perspektivet, vil en utvikling av praksis være å se nærmere på hvordan vi i dag møter slike utfordringer.

3.1.3.4 Filosofisk perspektiv:

Vane, vilje og valg er relevante tema i forhold til en filosofisk tilnærming til avhengighet. Mørland og Waal (2016, s. 54) viser til to ulike perspektiver av dette. Det første handler om rasjonell avhengighet og forfatterne viser til Becker og Murphy (1988) for å forklare

perspektivet. I begynnelsen av rusbruk, er det lite konsekvenser og stor positiv effekt. Etterhvert vil videre bruk forhindre ubehaget som oppstår når man avstår fra alkohol, avhengigheten er dermed hele tiden rasjonell. Forfatterne viser videre til Ainslie (1992) for å forklare den andre måten å se det på. Når brukstidspunktet nærmer seg, endres verdien slik at nære goder vurderes mer positivt enn fjerne goder. For eksempel spørsmålet om alkohol i dag eller jobb om et halvt år. Valgene kan på denne måten ikke sees på som rasjonelle. Spørsmål om verdisetting og fremtidige forhold, vil ut fra dette perspektivet, kunne være viktige i møte med pasienter. Jeg erfarer at filosofiske spørsmål rundt egen avhengighet ofte blir benyttet i det kliniske arbeidet. Systematisk bruk og effekt av dette vil kunne være aktuelle utviklingsmål å undersøke videre.

3.1.3.5 Moralistisk tilnærming – moralsk/normativt perspektiv

Alle kulturer har normer og regler i forhold til hvordan man skal forholde seg til rusmidler. Tanken er at dersom mennesker ikke greier å holde seg innenfor disse normene og reglene, må avviket møtes på normativt grunnlag. En slik holdning er mindre fremtredende i dag, enn slik det ble beskrevet i kapittelet om alkoholpolitikken utvikling rundt 1800 – tallet. Mørland og Waal (2016, s. 48) trekker frem tre trekk fra normativ svikt vi kan ta med i forståelse og behandling i dag:

<i>Det uheldige ved bruken må belyses ut fra verdier som har betydning for brukeren</i>
<i>Et verdigrunnlag som har røtter i rusmiddelmisbrukerens eget liv, er viktig i enhver behandling som skal endre rusmiddelbruken</i>
<i>Behandleren bør ikke være verdinøytral, men lydhør for pasientens egne latente eller manifeste verdier og normer.</i>

Min oppfatning er at pasienter med rusavhengighet, fortsatt i stor grad blir møtt med en normativ og moralistisk holdning, både av hjelpeapparatet og ellers i samfunnet. «Kan han ikke bare ta seg sammen og drikke litt mindre!». Pasientene informerer om at denne holdningen også råder innad i rusmiljøet. Alkoholikeren er lavere på rangstigen enn for eksempel heroinisten. «Det er vanskeligere å bli rusfri fra illegale rusmidler», «De dummer seg ut når de raver full rundt», «De greier ikke å ha et kontrollert inntak, slik som vi».

Erfaringsmessig fører dette også til at alkoholasienten ofte har en høyere grad av skam, noe som igjen kan føre til større vansker med å bli rusfri.

Selv om det er det biopsykososiale perspektivet på avhengighet som er rådende i dag, kan det være perspektiver det ikke blir satt fokus på med denne tilnærmingen. Et av dem er et kulturøkonomisk perspektiv på avhengighet. Tanken her er at økonomiske og kulturelle faktorer er like avhengighetsskapende som rusen i seg selv (Smith-Solbakken & Tungland 1997). Forfatterne beskriver at det å være en del av et rusmiljø fører med seg både en egen kultur, gjennom språk og atferd, og et eget økonomisk system. Dette dreier seg i stor grad om mye og raske penger, samt ofte gjeld. For å kunne bli rusfri må en bryte med dette miljøet og skape et nytt. Smith – Solbakken & Tungland viser her til at innsideinformasjon pasienten har om miljøet og rusgjeld, kan skape vanskeligheter med å forlate miljøet. Vi møter ofte denne problemstillingen hos våre pasienter, da kanskje spesielt hos de som har en avhengighet til illegale rusmidler.

Et biopsykososialt perspektiv tar i noe grad høyde for at pasientene kan ha psykiske lidelser. Dette kommer ikke tydelig frem i Mørland og Waal (2016) sin beskrivelse. Stallvik (2011) viser til at en overveiende andel av mennesker med rusproblematikk har sammensatte lidelser. Hun sier videre at psykiske lidelser hos rusavhengige kan både være en årsak til rusmisbruk og/eller en konsekvens av det.

3.1.4 Oppsummering perspektiver på avhengighet

De ulike modellene under psykososialt perspektiv går delvis inn i hverandre på enkelte områder og har betydelige ulikheter på andre. Familieperspektivet og barndom, en psykodynamisk forståelse, viser til viktigheten av familiens kultur og atferd og hvordan dette påvirker oss som individer. Gjennom operant betinging (gjøre noe for å oppnå noe) og klassisk betinging (reflekser), kan vi få innsyn i læringspsykologiske spørsmål. Sosiologiske modeller kan si noe om hvordan samfunnet og individet samhandler. De normative aspektene sier noe om hvordan ideologier og normer i samfunnet spiller inn for enkeltindivider. Sammen med kognitive spørsmål og spørsmål om rasjonalitet, har vi en bred og samlet forståelse av hvordan mennesker og avhengighet utvikler seg. Hvilken forståelse av avhengighet terapeuten har i møtet med pasienten, vil også kunne ha noe å si for utfallet av behandlingen.

Rusavhengighet er sammensatt og krever sammensatte forklaringer, sosiale, psykologiske og biologiske faktorer må ses på som en helhet. Som nevnt tidligere har en normativ forståelse vært rådene i mange år og en sykdomsforklaring har også blitt benyttet etterhvert. En må kunne se hvorfor individet handler som det gjør, hvor sårbarheten kommer fra, samfunnssammenhenger og hva som skjer med hjernen når den utsettes for gjentatte rusinntak. Vi må også være åpen for at det kan være andre faktorer som kan spille inn i en videre avhengighet, som eksempelet med kulturøkonomisk avhengighet, som det kan lønne seg å ta med inn i behandlingen.

I forbindelse med utvikling av praksis og benyttelse av evalueringsstudier for å oppnå dette, vil det kunne ha betydning hvilke perspektiver både forskerne har hatt og hvordan leseren tolker forskningen. Jeg mener det er viktig å være bevisst dette når man går i gang med endrings- og implementeringsarbeid. Pasientenes forståelse av egen avhengighet, vil også kunne spille inn på hvordan de møter terapeutens tilnærminger.

3.2 Nasjonale retningslinjer for klinisk behandling av alkoholavhengighet

Jeg har beskrevet under avsnitt 1.6, viktigheten av å ha med nasjonale retningslinjer i utviklingsarbeid i spesialisthelsetjenesten. Jeg har også beskrevet at Sverige og Danmark har retningslinjer som i større grad er evidensbaserte og bygd opp av evalueringsstudier og dermed relevante i forhold til å belyse problemstillingen. Jeg vil under kapittel 3.2 redegjøre for - og sammenstille anbefalingene fra de tre skandinaviske landene. Under kapittel 7 og 8, vil jeg gå nærmere inn på hvordan retningslinjene sammenfaller med tilbudet poliklinikken gir og funn fra evalueringsstudiene.

3.2.1 Norge

Norge har som den eneste av de skandinaviske landene ikke egne retningslinjer i forhold til behandling av alkoholavhengige. Det viste seg også at anbefalingene i liten grad er forskningsbaserte gjennom forskningsoppsummeringer og evalueringsstudier.

Helsedirektoratet kom i 2016 med en nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. I denne retningslinjen anbefaler de en rekke terapeutiske tilnærminger i rusbehandling.

Helsedirektoratet (2016 s. 31 – 41) kommer i forhold til **motiverende intervju, kognitiv atferdsterapi** og **mentaliseringsbasert terapi** med anbefalinger utarbeidet etter klinisk

kunnskap, brukerkunnskap og diskusjoner med fagfeltet/høringsuttalelser. Det er ikke oppsummert samlet forskning på behandlingene. Effekt av **musikkterapi** er det heller ikke oppsummert samlet forskning på, men det er vurdert at det er dokumentert effekt for å redusere symptomer ved psykiske lidelser og poengtert at en stor del av pasientene innen rusbehandling har psykisk lidelse i tillegg. *Sannsynlighet for god effekt innen rusbehandling vurderes å være til stede.* **Mindfulness** har de ikke oppsummert samlet forskning på, men det er vurdert at den i noen studier har vist god effekt i forhold til stressreduksjon og forebygging av tilbakefall av depresjon. Den har også vist god effekt i noen studier i tiltak ved tilbakefallsforebygging av rusepisoder. I forhold til **12 – trinns behandling** er det ikke oppsummert samlet forskning, men det har i noen grad vært sett på forskning (Helsedirektoratet, 2016 s. 34). Retningslinjene har vurdert **parterapi** i situasjoner der begge er rusavhengige, men vurderer at forskningsgrunnlaget er lavt. Ved systematisk **fysisk aktivitet og treningskontakt** har retningslinjene kommet frem til at forskningsgrunnlaget er lavt. De henviser til en oversiktsstudie fra Zschucke i 2012 som viser til redusert akutt sug, alternative indre belønningsstimuli, humørregulerende, reduksjon av angst, depresjon og stress. Det påpeker også at det er sosialt, gir mestring og økt tro på egne krefter.

3.2.2 Danmark

Danmark har gått noe mer systematisk til verks og kom i 2015 ut med *National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed* (Sunhedsstyrelsen, 2015). De har basert seg på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) for gradering av evidensens kvalitet og anbefalingsstyrker. Retningslinjene omfatter personer over 18 år med alkoholavhengighet. Personer med skadelig bruk av alkohol, omfattes også av retningslinjene. GRADE benytter seg av symbolene \oplus og \uparrow for å vise til styrken av anbefalingene.

Høy ($\oplus\oplus\oplus\oplus$) De er meget sikre på at den sanne effekten ligger nært den estimerte effekt.

Moderat ($\oplus\oplus\oplus$) Moderat sikre på den estimerte effekten. Den sanne effekt ligger sannsynligvis nært, men det er en mulighet for at den er annerledes.

Lav ($\oplus\oplus$) Begrenset tiltro til den estimerte effekten.

Meget lav (\oplus) Meget liten tiltro til den estimerte effekten. Den sanne effekten vil sannsynligvis være vesentlig annerledes enn den estimerte effekten.

Sterk anbefaling (↑↑) de samlede fordelene ved intervensjonen vurderes å være klart større enn ulempene.

Svak/betinget anbefaling (↑) fordelene ved intervensjonen er marginalt større enn ulempene. Den tilgjengelige evidensen kan ikke utelukke en vesentlig fordel ved en eksisterende praksis, samtidig som det vurderes at skadevirkningene er få eller fraværende.

Svak/betinget anbefaling mot (↓) ulempene er større enn fordelene, men det ikke er underbygget av sterk evidens.

Sterk anbefaling mot (↓↓) evidens av høy kvalitet viser at de samlede ulempene er klart større enn fordelene, eller intervensjonen med stor sikkerhet ikke virker.

God praksis (v) bygger på faglig konsensus blant medlemmene av arbeidsgruppen som har utarbeidet retningslinjen. Dette anvendes når det ikke foreligger relevant evidens (Sunhedsstyrelsen, 2015 s. 6).

De danske retningslinjene gir en sterk anbefaling for å tilby **kognitiv atferdsterapeutisk familieorientert** alkoholbehandling til personer med alkoholavhengighet med familie. De vurderer at det er en begrenset tiltro til den estimerte effekten. De gir også en sterk anbefaling for å tilby rådgivning/veiledning til **pårørende** til alkoholavhengige, de er her moderat sikre på den estimerte effekten (Sunhedsstyrelsen, 2015 s. 10 -17). De har gitt en svak eller betinget anbefaling for bruk av **Community Reinforcement Approach (CRA)** fremfor standard behandling til alkoholavhengige som er sosialt utsatt, med en begrenset tiltro til den estimerte effekten (s. 22 – 26). De har også vurdert **ettervern** med svak eller betinget anbefaling og med meget liten tiltro til den estimerte effekten (s. 42 – 44).

3.2.3 Sverige

Sverige har gjort en svært grundig evidensbasert vurdering i sine retningslinjer: *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* som kom ut i 2015. Ved siden av selve retningslinjene er det et 400 siders vedlegg med vurdering av evidens (Socialstyrelsen, 2015). De har valgt å rangere anbefalingene sine fra 1 – 10, der 1 har høyest anbefaling og 10 lavest. Ved siden av denne rangeringen legger de til FOU (forskning og utvikling), som ikke bør utføres rutinemessig og bare innenfor rammene av forskning og utvikling. Tilnærminger som får denne vurderingen, anbefales å undersøkes nærmere før de benyttes. Til slutt har de en *Icke-göra* anbefaling, der det anbefales å ikke benytte tiltakene eventuelt slutte å benytte seg av den, da den regnes som ineffektiv.

Retningslinjene er beskrevet i detalj i vedlegg om vitenskapelig grunnlag (Socialstyrelsen, 2015 s. 228 – 255). Ved misbruk eller avhengighet av alkohol anbefales med høyeste prioritet **motivasjonsstyrkende behandling** (Motivational enhancement therapy - MET). Dette begrunnes med at MET innebærer færre sesjoner enn andre psykologiske og psykososiale metoder, og at utdanningen i metoden er mindre omfattende. De påpeker også at den har lav kostnad per effekt også ved individuell behandling. **Kognitiv atferdsterapi** (**Cognitiv behavioral therapy – CBT**), **tilbakefallsforebygging**, **Community Reinforcement Approach (CRA)**, **12 - trinnsbehandling** og **social behaviour network therapy (SBNT)** anbefales med nest høyest prioritet, 2, og det anmerkes at det gir lavest kostand per effekt i gruppebehandling. **Psykodynamisk eller interaksjonell terapi** blir satt med prioritet 4 på grunnlag av at kostnadseffektiviteten er mindre enn ved MET og at det er begrenset vitenskapelig dokumentasjon. **Løsningsfokusert tilnærming**, **mindfulnessmeditasjon** og **kort intervensjon** (brief intervention) med motiverende intervju får prioritet 10 ut fra at det mangler nok vitenskapelig dokumentasjon. **Acceptance and commitment therapy (ACT)** får anbefaling som FOU, de viser til at den vitenskapelige basen er utilstrekkelig og at forskning pågår. **Webbasert** behandling får også FOU anbefaling ut fra at den vitenskapelige basen er for liten for personer som er avhengige av alkohol. **Cue exposure** (eksponeringsterapi), som tillegg til CBT får anbefalingen «ikke gjøre» da det ikke er påvist tilleggseffekt ved siden av CBT.

3.2.4 Sammenligning

Motiverende intervju anbefales i Norge, den er ikke vurdert i Danmark og **brief intervention**, – kort intervensjon med motiverende intervju får 10 i Sverige grunnet manglende vitenskapelig dokumentasjon. **Kognitiv atferdsterapi** anbefales i Norge, oppnår anbefaling 2 i Sverige, og som familieorientert behandling i Danmark med klart større fordeler enn ulemper, men med begrenset tiltro til estimert effekt. **Mentaliseringsbasert terapi** anbefales i Norge, den er ikke vurdert i Sverige og Danmark. Mentaliseringsbasert terapi benyttes blant annet i psykodynamiske, psykoanalytiske og kognitiv – atferdsterapeutiske behandlingsmetoder, og er muligens ikke vurdert av den grunn (Vaag, 2009). **Parterapi** der begge parter er avhengige er vurdert i Norge med lavt kunnskapsgrunnlag, det er ikke vurdert i de to andre landene. Danmark anbefaler derimot **kognitiv atferdsterapeutisk familieorientert alkoholbehandling**, med klart større fordeler

enn ulemper, men med begrenset tiltro til estimert effekt. De anbefaler også **rådgivning** til pårørende, med klart større fordeler enn ulemper og en moderat sikkerhet til estimert effekt. **12 – trinnsbehandling** anbefales i Norge og får 2 i Sverige. Danmark har ikke vurdert dette. **Community reinforcement approach (CRA)**, som er en nærmiljøbasert forsterkningsmodell, vurderes som 2 i Sverige og med marginalt større fordeler enn ulemper og begrenset tiltro til estimert effekt i Danmark. Den har mange elementer til felles med kognitiv atferdsterapi (CBT). **MET - Motivational Enhancement Therapy**, er en motivasjonsstyrkende behandling med motiverende intervju som er manualbasert. Metoden er rangert som den beste og mest kostnadseffektive behandlingen i Sverige, de to andre landene har ikke vurdert metoden. **Social behaviour network therapy (SBNT)**, vokste ut fra CRA men med fokus på sosial støtte i rehabiliteringsprosessen. Behandlingsmodellen blir vurdert med 2 i Sverige og er ikke vurdert av de to andre landene. **Psykodynamisk og interaksjonell terapi** er også bare vurdert av Sverige og settes på 4 i vurderingsskalaen, dette ut fra at begrenset vitenskapelig dokumentasjon men tiltakene har positiv effekt. **Musikkterapi** er bare vurdert i de norske retningslinjene, og anbefales der ut fra gode resultater innen psykisk helsevern.

3.3 Behandlingstilnærminger

Jeg har som beskrevet under avsnitt 1.6 valgt å gå nærmere inn på fire behandlingstilnærminger; motiverende intervju (MI), kognitiv atferdsterapi (CBT), motivational enhancement therapy (MET) og brief intervention (BI). Motiverende intervju og kognitiv atferdsterapi har jeg valgt ut fra at dette er behandlingstilnærminger som vi har kompetanse på i klinikken vår og ut fra anbefalte retningslinjer. Ved bruk av behandlingstilnærminger som kognitiv behandling eller motiverende intervju, vil kunnskap om ulike årsaker til oppstart og vedlikehold av alkoholmisbruk kunne styrke og nyansere tilbudet som blir gitt. MET og BI har jeg valgt ut fra oppdraget om å utvikle det eksisterende behandlingstilbudet vi gir, anbefalte retningslinjer og det at vi, som nevnt innledningsvis, skal i gang med et samarbeid i forhold til somatisk helse og rus.

3.3.1 Motiverende intervju

Målet med motiverende intervju - MI er å skape en «ikke – diskuterende» diskusjon, hvor pasienten selv kommer frem til tanker og følelser som blir aktivert uten innblanding fra terapeuten. Dette kan for eksempel gjøres ved at pasienten setter opp en for- og – imot –

drøfting. Mørland og Waal (2016) viser til flere metaanalyser der MI er funnet nyttig. Det har økt effekt ved individualbehandling, ved videre oppfølging og resultatene har sammenheng med behandlerens kompetanse.

Fekjær (2009) beskriver MI på denne måten; Teknikken dreier seg om å drøfte fordeler og ulemper ved atferdsendringer på en nøytral, ikke – konfronterende måte. Ambivalens tas som naturlig. Behandleren understreker at forandring er mulig. Han viser videre til at hovedprinsippene i MI er å uttrykke empati gjennom blant annet respekt for personens subjektive opplevelser, og vise pasienten endringer han har gjort for å bygge tillit til egen mestring. En forsøker ikke å overtale pasienten, men reflekterer sammen slik at pasienten kan overtale seg selv. Målet er å undersøke ambivalens sammen med pasienten, gjennom å beskrive fordeler og ulemper med å leve det livet de lever i dag. Samtalene skal i størst mulig grad være preget av et partnerskap og med en rolig samtaleform.

For å få frem prinsippene med motiverende samtale har Fekjær (2009, s. 251) satt opp en sammenligningsmodell mellom MI og 12 – trinnsbehandling:

Motiverende samtale	12 - trinnsbehandling
Personlig ansvar:	
Vekt på personlig valg	Understreker at avhengighet er en sykdom som vanskeliggjør personlige valg.
Målet for behandlingen forhandles frem	Målet er alltid livsvarig avhold.
Måteholden bruk er mulig selv om det slett ikke er optimalt for alle	Måteholden bruk er umulig.
Indre attribusjon:	
Individet betraktes som i stand til å kontrollere å velge.	Individet ses som hjelpeløst og uten noen kontroll over rusmidlet.
Behandleren fokuserer på klients egne uttalelser om bekymring for rusbruken.	Behandleren presenterer argumenter for å overbevise klienten om problemet.
Benektelse og usannheter:	

Benektelse og usannheter ses på som et mellommenneskelig atferdsmønster som også influeres av behandlerens holdning	Benektelse og usannheter ses som personlighetstrekk hos misbrukeren og krever kraftig intervensjon
Benektelse og usannheter møtes med refleksjon	Benektelse og usannheter møtes med argumenter og korreksjon
Stempling ("labelling")	
Liten vekt på stempling. Innrømmelse av at en er alkoholiker eller narkoman ses som irrelevant.	Stor vekt på akseptering av at en er alkoholiker eller narkoman.
Fakta om funksjonssvikt presenteres lavmælt uten å pådytte klienten konklusjoner.	Fakta om funksjonssvikt presenteres på en konfronterende måte, som bevis på at sykdommen og nødvendigheten av avhold.

Deler av modellen til Fekjær bærer, slik jeg ser det, preg av forfatterens syn på 12 – trinnsbehandling som kanskje ikke alle ville si seg enige i. Jeg har valgt å ikke gå nærmere inn på dette, da det er MI som er mitt fokusområde, men er oppmerksom på at modellen fremstiller 12 – trinnsbehandling fra kun ett synspunkt. Jeg har på tross av dette valgt å ta med modellen, da jeg mener den kan bidra til å fremheve elementene i MI. Jo mer kunnskap vi har om en metodikk, desto lettere er det å vurdere om og eventuelt hvordan, vi kan benytte den i utviklingsarbeid. Jeg har beskrevet at mange av de ansatte ved poliklinikken har erfaringskompetanse og kurs innen bruk av MI, men at det kun er en ansatt som har formell kompetanse innen tilnærmingen. Jeg har også beskrevet at poliklinikken arbeider etter et biopsykososialt perspektiv på avhengighet, jeg mener modellen til Fekjær (2009) er med på å synliggjøre de ulike delene av perspektivet. For eksempel ser en at 12 – trinnsbehandling fremhever synet på avhengighet som en kronisk sykdom, mens under MI kan vi kjenne igjen elementer fra blant annet det filosofiske perspektivet, der synet på avhengighet vurderes gjennom rasjonalitet og samspillet mellom vane, valg og vilje.

Andresen (2011) henviser (Hetteima m.fl. 2005; Rubak m.fl. 2005; Lundahl m.fl. 2010) til at MI oppnår samme effekt som andre behandlingstilnærminger, men på kortere tid. Hun

benytter seg videre av Arkowitz, et al. (2007) og Rollnick, et al. (2008) for å oppsummere at effekten av behandling blir mer stabil og langvarig, når den kombineres med annen aktiv behandling og behandlingsmetoder, som for eksempel kognitiv atferdsterapi. Forfatteren hevder også at det er grunnlag for å tro at en økende motivasjon åpner for andre terapeutiske tilnærminger

3.3.2 Kognitiv behandling

3.3.2.1 Kognitiv terapi

Kognitiv terapi er nært beslektet med MI i forhold til at målet er å utforske tankeverdenen sammen med pasienten. Kognitiv terapi er en fellesbetegnelse på de behandlingsretningene som sikter mot å endre tenkningen til pasienten. En ønsker å se på de automatiserte tankene og handlingene, og om en kan finne alternativer til dem. Det å utforske hva pasienten bruker rusen til kan være et nyttig element og kognitiv terapi i gruppe kan være virkningsfullt. Psykoedukasjon er også et mye brukt verktøy i kognitiv terapi. I forhold til evidens på tilnærmingen er det gjort mest forskning på psykiske lidelser, mens i forhold til rus er det mest forsket på MI og kognitiv atferdsterapi. (Mørland & Waal 2016, s 92 – 93)

Ettelt (2011) oppsummerer kognitiv terapi i rusbehandling med at det å jobbe etter en modell som er lett å forstå og formidle, har vist seg å være en fordel fordi det øker sannsynligheten for at den blir brukt i den terapeutiske hverdagen. Personalgruppen snakker felles språk og arbeider i samme retning. Hun viser også til at modellen viser stor effekt på relativt kort tid. I forbindelse med at vår pasientgruppe er spredt over store avstander, vil det således kunne være ekstra hensiktsmessig å benytte seg av den for oss.

3.3.2.2 Kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi vokste fram som en sammensmelting av atferdsterapi og kognitiv terapi i 1980-årene. Den baserer seg altså både på sosial læringsteori og den kognitive modellen utviklet av Aaron Beck i 1960-årene (Kriz & Solberg, 2010). Forfatterne beskriver at sosial læringsteori handler om hvordan omgivelsene former en persons atferd og hvordan atferd former omgivelsene. Tidligere erfaringer, læring og biologi påvirker reaksjoner vi får på hendelser rundt oss. Kognisjon handler om bearbeidelsen av informasjonen vi mottar. Dette fører til resonnement og tolkning. På denne måten lager vi oss en forståelse av hvem vi er og hvordan våre omgivelser fungerer. Etter hvert vil disse tolkningene bli automatiske, vi

slutter å resonnere og aksepterer at vår verden er slik. Et eksempel på dette er kvinnelige pasienter som opplever gjentagende vold fra kjærester. Mange av disse har vokst opp som vitne til fars vold mot mor, og har resonnert med at det er slik det fungerer. Tolkningen er avsluttet og de aksepterer at deres verden er slik. Som en pasient sa «det er bedre å få juling av noen du kjenner, enn noen du ikke kjenner». Erfaringene hennes hadde lært henne at vold er en naturlig del av livet.

Kognitiv atferdsterapi tar utgangspunkt i det dynamiske samspillet mellom tanker, følelser, kroppslige fornemmelser og atferd. Den gjensidige påvirkningen gjør at man kan velge ulike innfallsvinkler for å prøve å endre et fastlåst uønsket mønster. Både atferdsendringer og endringer i tankemønstre kan i sin tur endre følelsesmessige og kroppslige symptomer. Ofte velger man en kombinasjon av innfallsvinkler for å få best effekt. En forsøker å utforske ulike mønstre som igjen kan føre til endret utvikling. Mørland og Waal (2016, s. 93) viser til flere oversiktsstudier som sier at kognitiv atferdsterapi er nyttig, og at den sannsynligvis har størst effekt når den kombineres med standard uspesifikk behandling. Sammenlignet med andre spesifikke terapiformer er ikke resultatet like godt. Uspesifikke elementer kan være for eksempel terapeutens dyktighet, relasjonsevne og innlevelse i pasientens situasjon. Jeg vil i oppgavens siste del, drøfte nærmere behovet for mer kunnskap om disse uspesifikke elementene.

Ulike former for kognitiv terapi finnes det god kompetanse på i poliklinikken og økt kunnskap om virkningen av denne tilnærmingen vil kunne bidra til en mer systematisk bruk i arbeidshverdagen. Evalueringsstudier vil kunne være et nyttig redskap til å samle inn kunnskap om nytteverdi av å øke kompetanse og bruk av tilnærmingen.

3.3.3 Brief Intervention

I følge American Psychiatric Association (APA) sine retningslinjer (Kleber et al., 2006 s. 45) er effekten av Brief Intervention - BI vært mest studert i forhold til alkohollidelser. Den ble i utgangspunktet utformet for å benyttes i settinger som ikke primært behandlet rusavhengighet, som fastleger, klinikker for psykisk helse og lignende. De viser til at A – **FRAMES** modellen er kjernestrukturen til BI. **A – FRAMES** modellen består av evaluering (**Assessment**) gjennom å gi objektiv tilbakemelding, fremheve at ansvaret (**Responsibility**) av endring tilhører pasienten, gi tydelige råd (**Advice**) om fordelene med endring, tilby en

oversikt (**Menu**) over behandlingsalternativer for å legge til rette for endring, benytte seg av empatisk (**Empathic**) lytting, og fremheve og oppmuntre egen mestringsevne (**Self – efficacy**) hos pasienten. Verdens helseorganisasjon kom i 2010 ut med en manual for bruk av BI i primæromsorgen (Humeniuk, Henry-Edwards, Ali, Poznyak & Monteiro 2010). Manualen inneholder en gjennomgang av screeningverktøy og manualisert gjennomgang av BI. De forholder seg som APA til A – FRAME modellen og motiverende intervju teknikker. I tillegg beskriver de bruk av screeningverktøy som hjelpemiddel for å klassifisere alvorligheten av avhengigheten og som verktøy i samtalen, samt informasjonsbrosjyrer som personene kan ta med seg hjem. Som beskrevet innledningsvis har poliklinikken startet et prosjekt med somatisk helse der sykehuset i Molde har anledning til å be om bistand, dersom de får inn pasienter der det foreligger mistanke om et uheldig rusbruk, spesielt i forhold til alkohol. En behandlingstilnærming som brief intervention kan vise seg å være et nyttig verktøy i denne sammenhengen. Pasientene skal kanskje befinne seg på sykehuset i kortere tid og det er ikke alle som ønsker å bli henvist til poliklinikken for videre behandling. En metode som kan gi pasientene mulighet til åpent å reflektere om eget rusbruk og samtidig være et verktøy til å se fordeler med reduksjon i konsum. Dette kan ha potensiale for å spare enkeltindividet, familie og samfunnet for større belastninger på et senere tidspunkt.

3.3.4 Motivational Enhancement Therapy

Motivational Enhancement Therapy - MET er oppfølging på lengre sikt enn det BI er tenkt til å være. Den fortsetter med bruk av motiverende intervju og flytter en pasient nærmere villighet til å endre atferden sin i forhold til rusmidler. Tilnærmingen kombinerer teknikker fra kognitive klientsentrerte systemer og sosial – psykologiske overtalelsetilnærming. MET er karakterisert som en empatisk tilnærming der terapeuten hjelper til med å motivere pasienten gjennom å spørre om fordeler og ulemper med for eksempel drikkingen. Målet er også å utforske målene til pasienten og ambivalensen som følger med målene, samt reflekterende lytting til pasientens svar. Behandlingen vurderes også å være nyttig for pasienter som ikke er motivert til endring, noe som kan gi økt nytte i forhold til andre behandlinger (Kleber et al., 2006 s. 40). I forbindelse med project MATCH, ble det utgitt en manual for MET av National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (Miller, Zweben, DiClemente & Rychtarik 1995). Project MATCH var en fem års studie som hadde som formål å finne ut om pasientene responderte ulikt til behandling med MET, CBT eller 12 –

trinnsbehandling. Manualen viser til at MET er basert på prinsipper om motiverende psykologi og er designet til å skape raske, indre motiverte endringer. De beskriver at MET består av fire nøye planlagte og individualiserte behandlingstimer. De to første timene fokuserer på strukturerte tilbakemeldinger fra en innledende vurdering, fremtidsplaner og motivasjon for endring. De to siste timene skaper mulighet for terapeuten til å forsterke fremgang, oppmuntre til revurdering og tilby et objektivt perspektiv på endringsprosessen. En systematisk effektiv behandling av kortere varighet er ikke noe poliklinikken tilbyr. Ut fra blant annet geografiske forhold og for eksempel personer som er kortvarig sykemeldt, vil en slik tilnærming kunne være hensiktsmessig å innføre i poliklinikken. En videre drøfting av MET i forhold til poliklinikkens utviklingsbehov følger under avsnitt 8.1.

4 METODISK TILNÆRMING

Prosjektet i denne studien var å innhente et utvalg av eksisterende empirisk kunnskap for å vurdere hvordan en kan benytte evalueringsstudier, som fundament for utvikling av behandlingstilbud, til mennesker med en problematisk bruk av alkohol. Jeg har valgt å benytte meg av litteraturstudie som metode for å finne tilgjengelig kunnskap om dette. Design basert på sekundærdata er data som er samlet inn av andre. Litteraturstudier forsøker å få frem kunnskapsstatusen på et visst felt, i dette tilfellet behandlingstilnærminger innen klinisk praksis for alkoholbehandling. Målet med å få frem kunnskapsstatusen er å sammenstille teorier og funn, for deretter å få en helhetlig oversikt over kunnskapen som foreligger. Studier som metaanalyser, står helt sentralt innenfor evidensbasert forskning, også innenfor felt som sosialt arbeid. Metaanalyser er en metode som slår sammen resultatene fra mange like studier, slik at det er mulig å konkludere med høyere grad av sikkerhet om hvor god behandlingen er. Det er heller ikke uvanlig at man lager slike analyser også av kvalitativ forskning (Jacobsen 2013, s. 54).

Jeg vurderte i forkant av oppgaven å benytte meg av kvalitativ forskning gjennom intervju og deltagende observasjon. Tradisjonelt har kvalitativ forskning blitt sett på som noe som innebærer nær kontakt mellom forsker og objekt. En viktig målsetting er å oppnå en forståelse av et sosialt fenomen og gir grunnlag til fordypning i dette fenomenet (Thagaard 2013, s. 11). Kunnskapssenteret (2015) trekker frem randomiserte kontrollerte forsøk som det foretrukne designet for å se på spørsmål om effekt. Randomiserte kontrollerte studier,

er studier der vanligvis to grupper sammenlignes. De skal være så like som mulig og tilfeldig fordelt - randomisert (Kunnskapsbasert praksis, u.å.). Kunnskapssenteret (2015) sier videre at dersom målet er å skape innsikt i hvorfor resultatet ble som det ble, kan kvalitative design som intervju, være mer hensiktsfullt. Hvorfor ble en gruppe mennesker rusefrie med en metode, mens en annen metode ikke fungerte. Dette er spørsmål som kan være vanskeligere å finne svar på ved kun å benytte seg av en litteraturstudie. Ved å benytte meg av intervjuer, ville jeg kunne fått en større forståelse for hvorfor de ulike modellene har fungert i behandling. Jeg ville hatt mulighet til å for eksempel å finne ut om det er andre aspekter i behandlingen enn selve metoden som har fungert. Jeg tenker da på sider i en behandlingssetting som kan spille inn, som relasjonen til behandler, det å ha faste møtepunkter i hverdagen sin, noen som ser og hører en og lignende. En av utfordringene jeg ser ved å benytte intervju som forskningsdesign, er at et intervju bare vil kunne gi en dypere innsikt av respondentens forståelse, og den konteksten han befinner seg i. Gjennom intervju har en mulighet til å gi supplerende empiri til den kunnskapen som allerede er kommet frem. Det vil lettere kunne nyanseres hvordan for eksempel kulturelle forhold kan sees i forhold til den store kunnskapsbasen som allerede eksisterer. Jeg endte opp med å velge litteratursøk på tross av den fordypningen for eksempel intervju kunne gitt meg. Et bredt litteratursøk ville kunne gi meg muligheten til å sammenligne flere resultater og gyldigheten av svarene vil kunne være gjeldende for en større del av pasientgruppen. Dersom for eksempel kognitiv terapi har vist seg å være effektiv i flere land som lar seg sammenligne med Norge og for et stort antall pasienter, vil en kunne trekke konklusjonen av at det vil være nyttig å implementere kognitiv terapi i behandlingen av alkoholavhengige. Det er ikke dermed sagt at alle pasientene vil ha nytte av en slik tilnærming, det individuelle må være med hele tiden, jamfør eksemplene jeg har vist til under biopsykososialt perspektiv. I motsatt fall vil det ikke nødvendigvis kunne sies å være allmenngyldig at tilnærmingen fungerer for gjennomsnittet, selv om fem pasienter opplevde bedring av dette. Selv om en behandling ikke fungerer for en større gruppe, kan den ha klinisk effekt for enkeltindivider.

Jacobsen (2013, s 79) viser til at litteratursøk kan ha en høyere ekstern gyldighet, mens intervju vil kunne gi en større intern gyldighet, men vil vanskeligere kunne generaliseres. En kan stille spørsmål om, hvordan og i hvilken grad, det i det hele tatt er mulig å implementere vitenskapelig kunnskap med allmenn karakter inn i den enkelte klinikk. Hver klinikk har sin

egen kultur, erfaringskunnskap og skjønn, som alltid vil spille en rolle. Noe av svaret kan være at jeg ved bruk av litteratursøk har hatt mulighet til å implementere kvalitative forskninger i søkene mitt. Noe av årsaksforklaringene og konteksten til de enkelte respondentene kan da komme frem i en kunnskapsoppsummering, dette vil kunne tilføre dybde og forståelse. (Aveyard. 2014, s. 60 og 64). Poliklinikken har samtidig som jeg gjennomfører masteroppgaven min, samlet inn intervjuer med klinikere og samlet informasjon fra pasienterfaringsundersøkelser. Dette gjør at jeg mener vi får belyst hvordan tilbudet til poliklinikken kan utvikles fra flere vinkler.

Når et strukturert litteratursøk ble valgt, anså jeg det som hensiktsmessig å søke så bredt som mulig og på flere språk. Håndboken til Kunnskapssenteret for helsetjenesten (2015, s. 21) hevder at ved å ikke inkludere studier på grunn av språk, kan dette introdusere systematiske feil. Systematiske feil kan også oppstå med å inkludere studier på andre språk, både gjennom at de som har skrevet studien ikke har språket som morsmål og at jeg kan ha mistolket teksten. En annen utfordring som kan oppstå er svakheter ved overførbarheten og rekkevidden av gyldigheten, på grunn av blant annet kulturelle forhold. Mye forskning kommer fra USA. Helse- og sosialvesenet i Norge har en svært ulik oppbygning; USA er i mye større grad påvirket av privatisering, classeskille, sammensatt befolkning i forhold til etnisitet og private sykeforsikring enn i Norge. Sosioøkonomisk forhold kan også ha innvirkning på overførbarheten, for eksempel dersom alkoholbehandlingen er utført på dyre privatklinikker. Dette kan gjelde også ved behandling i Norge. Ved litteratursøk er det forskeren selv som utarbeider inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Det er viktig å være oppmerksom på at utvalget kan være selektert for å støtte egne standpunkter og den systematiske gjennomgangen kan være ufullstendig.

Evidensbasert praksis har blitt kritisert for ikke å ta hensyn til praktikernes kunnskap og pasientenes individuelle forskjeller (Hole 2008). Kunnskapsbasert praksis, sammensatt av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker kom som et motsvar på denne kritikken. Det blir fortsatt stilt spørsmål ved i hvor stor grad forskningen er forankret i praksis, og om klinikerens og pasientens erfaringer får stor nok plass.

Randomiserte kontrollerte studier regnes som gullstandarden innen forskning av effekt. Risikoen dersom denne standarden får for stor plass, er at den kliniske erfaringen blir «verdiløs». Etter hvert har dette skapt et behov for å ha økt bredde i

forskningstilnærminger. Den kliniske ekspertisen og pasientens preferanser har fått økt oppmerksomhet og vektlegging (Rønnestad, 2008). Rønnestad beskriver videre at den kvalitative forskningen kan anvendes for å kunne beskrive den subjektivt opplevde virkeligheten hos pasienten. Denne forskningen sammen med randomiserte kontrollerte forsøk og metaanalyser, vil ha potensial til å kunne gi en helhetlig behandling som er forankret både i teori og empiri. Levant (2005) i Rønnestad (2008) beskriver at dette forutsetter at man kjenner fortrinnene og begrensningene ved de ulike forskerdesignene, og at man har en god evne til å vurdere praksisen sin både enkeltvis og i best mulig kombinasjon. Hole (2008) ved Senter for kunnskapsbasert praksis i Bergen hevder, som Rønnestad (2008), at viktige elementer innen kunnskapsbasert praksis er å vurdere forskning kritisk, se pasienten og bruke faglig skjønn i hver enkelt situasjon. Ved å vurdere forskning gjennom oppgaven min, innhente informasjon fra klinikere og benytte oss av pasientundersøkelser, er det disse elementene vi ønsker å implementere i utviklingen av klinikken. Hole (2008) argumenterer for at det vil være mer hensiktsmessig å tenke på kunnskapsbasert praksis som hjelpemiddel for å begrunne vurderingene en gjør. På denne måten kan dette fungere som en kvalitetssikring i hverdagen, der klinisk skjønn og pasientens ønsker kan prøves opp mot prosedyrer for behandling, utformet av eksisterende forskning. Hole mener videre at prosedyrene på denne måten kan være med på å fremme reflektert praksis, i motsetning til at disse overkjører den kliniske vurderingen. Det er utfordrende å arbeide med denne gruppen mennesker. Personlige skjebner er bundet opp mot andre komplekse utfordringer. Støtte i eksisterende forskning kan føre til at vi som klinikere føler oss tryggere i den jobben vi utfører. Det kan være ulikt hvor praksisnær forskningen er og hverdagsrealiteten til klinikerne vil derfor kunne være svært ulik til hva som blir forsket på.

Jeg refererer i analysen av studiene til måleinstrumenter. Jeg benevner hva de heter, men har på grunn av oppgavens omfang ikke vurdert eller beskrevet hvordan disse virker. Det er en svakhet ved oppgaven at disse ikke er vurdert, da de kan ha ulike kvaliteter.

Innledningsvis beskriver jeg at eksemplene som blir brukt i oppgaven er anonymiserte eksempler fra egen klinisk hverdag eller tenkte eksempler. I de tilfellene der det er benyttet eksempler fra poliklinikken er ikke dette systematiserte tilbakemeldinger fra pasienter, men kliniske erfaringer som er selvopplevde eller andre behandleres erfaringer.

4.1 Datainnsamling og utvalg

Jeg vil under avsnittet om datainnsamling og utvalg gå gjennom hvordan jeg har gjennomført datainnsamlingen, databaser benyttet i søket, inkluderings- og ekskluderingskriterier og studiens materiale.

4.1.1 Datainnsamling

For i størst mulig grad å få en valid innsamling har jeg fått faglig veiledning og bistand fra Folkehelsebiblioteket og Sykehusbiblioteket i Molde. Jeg har også fått veiledning av forskningsavdelingen tilknyttet arbeidsplassen min. Disse samarbeidene har blant annet bestått i å utarbeide søkeord og strategier, informasjon og anbefalinger om relevante databaser, oppsett av PICO skjema og selve utføringen av søk. **PICO** er en forkortelse for elementer man kan benytte for å få klart frem hvilke spørsmål man ønsker svar på. **P** står for pasient eller populasjon, **I** er intervention – for eksempel om det er spesielle tiltak en er ute etter, **C** er comparison – dersom en ønsker å gjøre sammenligninger og **O** står for outcome – hvilket utfall er det man er ute etter (Kunnskapsbasert praksis, u.å.). I mitt tilfelle var pasientene alkoholavhengige, intervensjonen var poliklinisk behandling og utfallet var effekt av behandling. Det er gjort søk i både helsefaglige, sosialfaglige og medisinskfaglige databaser, for å få et så bredt søk som mulig. Det er gjennomført søk på skandinavisk, engelsk og tysk. Jeg har også benyttet meg av offentlige retningslinjer for rusbehandling i de skandinaviske landene, samt relevant publisert litteratur. Rusfagsbiblioteket har vært behjelpelig med å skaffe aktuelle studier.

4.1.2 Elektroniske databaser

Det ble utført søk i elektroniske databaser i november 2016. Følgende databaser ble benyttet til søk: Medline, Embase, PsycInfo, Cochrane Library og Epistemonikos.

4.1.3 Litteratursøk, inkluderings- og ekskluderingskriterier

Det ble som beskrevet under datainnsamling, satt opp et PICO – skjema i forkant av søket. Det er viktig å strukturere spørsmålene for å skape klarhet i hvilke spørsmål som skulle besvares. Ut fra dette blir det bygget en søkestrategi med riktig kombinasjon av søkeord. Dette er avgjørende for at databasesøk skal bli best mulig (Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015). Det ble satt avgrensninger i søket til systematiske oversikter, skandinavisk, engelsk og tysk språk, og søk fra 2006 til og med 2016. Engelsk terminologi ble benyttet i alle søkene. Det ble foretatt dublettsøk. Det vil si at det

ble sjekket at ikke samme studien var oppført i flere databaser. Søkeordene har variert i de ulike databasene. Hvordan søkene er gjennomført kommer frem i oppgavens vedlegg.

I forkant av søkeprosessen satte jeg ned noen klare inkluderings- og ekskluderingskriterier.

Jeg ønsket at behandlingen kun skulle gjelde for pasienter i poliklinisk oppfølging. Studier utført i døgnbehandling eller annen type behandling ble ekskludert. Behandlingen skulle kun gjelde for pasienter over 18 år. Studier som inkluderte mindreårige ble ekskludert.

Behandlingen skulle kun inkludere pasienter som ikke er medisineret for sin alkoholavhengighet. Behandlingen skulle kun inkludere pasienter som ikke var medisineret for psykiske lidelser. Behandlingen skulle kun inkludere pasienter som ikke hadde en uttalt psykisk lidelse. Pasienter med psykiatriske diagnose ble ekskludert. Pasientene skulle ikke ha avhengighet til andre rusmidler enn alkohol. Jeg ble rådet av Bibliotek for Helseforvaltningen til å foreta seleksjonen ved gjennomgang, da det ved bruk av det engelske ordet NOT, for eksempel alcoholism NOT medication, også kunne utelukke aktuelle artikler. Jeg har i den grad det har vært mulig, forsøkt å holde meg til inkluderings- og ekskluderingskriteriene ved gjennomgang av trefflistene. Det viste seg å være vanskeligere enn jeg først hadde tenkt. Flere av studiene beskriver ikke om pasienten for eksempel er medisineret og det er ikke alle studiene som har benyttet seg av biokjemiske tester for rusfrihet. I oversiktstudiene har jeg ikke råmaterialet og kan ikke være sikker på deres ekskluderingskriterier. De studiene jeg har valgt å ta med til tross for ekskluderingskriteriene, vil bli begrunnet under hver studie i oppgavens vedlegg. Det er også en gjennomgang av inkluderte studier, under avsnittet om refleksjoner rundt valgte studier, kapittel 6.

4.1.4 Studiens materiale

Etter endt litteratursøk ble 337 studier identifisert. Ved gjennomgang av oppsummeringer ble 75 studier vurdert som mulig studier til videre bruk. Etter å ha lest mer om studiene endte jeg med 36 studier som jeg ville bestille eller som det lå fulltekst av på internett. Det var ikke alle studiene som hadde sammendrag (abstract) tilgjengelig, så noen ble tatt med videre ut fra overskrift på treffene. De 301 studiene jeg ikke valgte å gå videre med, ble valgt bort på grunn av eksklusjonskriteriene jeg hadde satt i starten. Blant annet ble 50 studier som inneholdt behandling med medikamenter ikke tatt med, 47 studier fra psykiatri og 55 studier fra somatikk, 25 studier som inneholdt narkotiske stoffer eller samtidig rus og psykiske lidelser og selvhjelpsgrupper. Av de 36 studiene jeg valgte å se nærmere på, var det

ti studier som ble vurdert til å være aktuelle. Jeg hadde i utgangspunktet tenkt å vurdere alle ti studiene, men har med bakgrunn i oppgavens størrelse, valgt ut tre studier som jeg har vurdert mer inngående. Da oppgaven skal benyttes til klinisk arbeid i etterkant, og fordi at jeg ønsker at prosessen skal være mest mulig gjennomiktig, har jeg lagt en oversikt over alle studiene med hovedfunn som vedlegg. Jeg vil i drøftingen dra inn elementer fra disse studiene. De to første studiene jeg har vurdert er en randomisert kontrollert studie og en retningslinje. Jeg har benyttet meg av kunnskapssenterets sjekklister for vurdering av forskningsartikler i analysen (Kunnskapssenteret, 2014). Jeg valgte ut retningslinjen både med bakgrunn i at den er utarbeidet av American Psychiatric Association (APA) som er en anerkjent fagorganisasjon og fordi den inneholdt evalueringer av mange behandlingstilnærminger som kan være aktuelle for arbeidsplassen min. Den kontrollerte studien evaluerer hjemmebesøk som et ledd i poliklinisk behandling for alkoholavhengige. Det er en mye mindre evalueringsstudie og befinner seg i et område, Brasil, som ikke så lett lar seg sammenligne med Norge. Jeg har likevel valgt å ta med denne studien med utgangspunkt i at vi ønsker å drive en så ambulant virksomhet som mulig, ut fra de mulighetene vi har lokalt. En gjennomgang av studien kan gi en pekepinn på om dette er noe vi bør utforske videre. Jeg vurderte å skrive disse to analysene som en sammenhengende tekst, for å gi mer flyt i oppgaven. Da jeg likevel velger å skrive inn spørsmålene jeg har benyttet meg av i analyseringen, er det med bakgrunn i at jeg ønsker at prosessen skal være så transparent som mulig og at det skal være lettere for andre å følge hva jeg har gjort. Den siste studien er en analytisk observasjonsstudie. Da sjekklistene ikke dekker en slik studie har jeg valgt å beskrive studien som hel tekst. Jeg har likevel benyttet meg av elementer fra sjekklistene i analysen. Studien omhandler pasienters reaksjoner på opplevelsen av innskrenkning i egen valgfrihet, reaktans. Ordet reaktans benytter jeg om måter mennesker reagerer på ved påvirkningsforsøk og en opplevelse av innskrenkning i egen valgfrihet (Beutler et al., 2002 i Samoilow, 2007). Alle mennesker har behov for å kunne bestemme over egen situasjon og ha muligheter til å ta valg. Mange vil, i varierende grad, føle motstand mot at andre skal styre, kontrollere eller bestemme over seg. Reaktans kan dermed ses på som en psykologisk prosess mot opplevde begrensninger i forhold til valgfrihet. De aller fleste av oss har noe av denne reaksjonsformen om vi blir presset nok. Vi vil i en slik situasjon kunne oppleve stress, ubehag, sinne eller resignasjon. Jeg og mine kollegaer på poliklinikken har flere ganger diskutert hvordan enkelte pasienter uttrykker mer motstand

mot påvirkningsforsøk i behandling. Motstand kan i utgangspunktet ses på som en normal reaksjon på stress og påvirkningsforsøk, og bør møtes med å bekrefte pasientens følelsesmessige reaksjon (Samoilow, 2007). Pasienter avslutter behandling selv eller de blir utskrevet da de «ikke nyttegjør» seg behandling, da gjerne i forbindelse med døgnbehandling. De samme pasientene kan like etter begynne i annen type behandling, som dag- eller polikliniskbehandling. Motstanden er der mer fraværende og pasienten har lettere for å delta. Jeg og mine kollegaer har også observert, at mange av disse pasientene oppnår rusfrihet når de opplever å ha større valgfrihet i behandlingen sin. Ut fra utfordringene vi ser i praksis for disse pasientene, har jeg valgt å ta med denne studien. Forfatterne av studien trekker frem at alkoholbehandlingsforskning har hatt begrenset suksess med å identifisere pasientegenskaper som modererer behandlings effektivitet, og at en replikasjon av slik effekt på et uavhengig utvalg sjeldent skjer (Karno, Longabough & Herbeck, 2009 s. 933). Dette gjorde det ekstra interessant å vurdere studien nærmere.

4.2 Metodologiske begrensninger

Jeg vil i følgende avsnittet om metodologiske begrensninger gjennomgå reliabiliteten til studiene jeg har analysert og hva som er viktig å undersøke når man skal vurdere studier. I forhold til validitet vil jeg både ha en gjennomgang av validiteten i studiene og reflektere over om studiene er valid i forhold til den behandlingsvirkeligheten vi møter i poliklinikken.

4.2.1 Reliabilitet

Reliabilitet viser til datamaterialets nøyaktighet og pålitelighet (Drageset og Ellingsen 2009). Jacobsen (2013) trekker frem to ulike effekter som kan påvirke det fenomenet vi ønsker å studere, undersøkereffekt og konteksteffekt.

Ved undersøkereffekt kan personen som utfører undersøkelsen påvirke gjennom for eksempel utseende, kroppsspråk og tale. Dersom to forskjellige undersøkere kommer frem til samme resultat kan man anta at resultatet er til å stole på. I de utvalgte studiene vil de ulike terapeutene i behandling eller intervjuerne, dermed kunne hatt påvirkning på pasientene. Det er beskrevet i en av studiene at terapeutene fikk grundig opplæring og veiledning for å minimere terapeutforskjeller. I en annen studie redegjøres det for omfattende vurderingstrening og at reliabilitetssjekker ble gjennomført gjennom hele studien. Dette kan indikere at resultatet av studien er mer pålitelig. I American Psychiatric

Association (APA) sine retningslinjer (Kleber et al., 2006) er mange av studiene utført av flere forskere og gjennomført på forskjellige steder med ulike intervjuere/behandlere. Dette gir økt pålitelighet. Jeg har ikke kunnskap om måten innsamlingen er gjennomført på og kan derfor ikke si noe om empirien er blitt påvirket i disse studiene.

Konteksteffekt handler om hvor og når undersøkelsene blir foretatt, for eksempel på et kontor eller sent på dag. Det kan gi høyere reliabilitet dersom undersøkelsene blir samlet inn i varierte kontekster. I studien fra APA har jeg ikke all informasjon om kontekst i studiene, men de er foretatt av flere personer i ulike kontekster, noe som kan være med å styrke påliteligheten av funnene. I studien om hjemmebesøk (Moraes et al., 2010) er behandlerne hjemme hos pasientene. Dette kan påvirke resultatet de fikk. Et annet moment som er viktig å ta med, er hvilke elementer av intervjuene forskeren har valgt å ta med eller har husket å ta med. I forhold til at jeg ikke har deltatt i undersøkelsene og på den måten ikke kan vurdere påliteligheten, har det vært viktig for meg at jeg har vært tydelig på metode og fremgangsmåte i forhold til datainnsamling og analyse. Jeg har også vektlagt å vise til eventuell forforståelse jeg har, i forhold til innvirkning på utvelgelse av studier og analyse.

4.2.2 Validitet

Grønmo (2004) i Drageset og Ellingsen (2009) viser til at validitet omhandler hvorvidt resultatene i studier kan tillegges undersøkelsen og ikke andre ytre faktorer. Dette kalles også intern validitet.

Intern validitet handler om i hvilken grad resultatene er gyldige for det utvalget og det fenomenet som er undersøkt. For å utvide testingen av intern gyldighet kan man undersøke om de konklusjonene man er kommet frem til, også er kommet frem til av andre. Selv om det ikke betyr at funnene er sanne, betyr det at de er styrket (Jacobsen 2013). Dette kan blant annet gjøres ved å utføre et så omfattende systematisk søk som mulig. Ved å undersøke konklusjonene til mange forskjellige forskere vil validiteten kunne bli styrket. Studien om hjemmebesøk er en enkeltstudie som jeg ikke har sjekket opp mot andre, og validiteten vil være lavere. Studien har med et avsnitt der de beskriver å ha sjekket funnene sine opp mot andre studier, for å styrke egne resultater. Hvor gode søke kategorier jeg har benyttet meg av, kan påvirke om jeg har fått tilgang til de enhetene som gir viktig informasjon i forhold til problemstillingen. Jacobsen (2013) viser til at validering innebærer at man er kritiske til kildenes vilje til å gi riktig informasjon. Han viser også til at en må

vurdere konteksten som kan føre til at kildene gir feilinformasjon. Dersom for eksempel pårørende var involvert i vurderingen av rusfrihet, kan kildene ha hatt behov for å dekke over eventuelle alkoholinntak.

På den andre siden har vi ekstern validitet, som handler om i hvilken grad kan resultatene overføres til andre situasjoner. Gjennom å sammenligne studier for å se om de kom frem til samme resultat, kan man vurdere om metoden har ekstern validitet. Dersom samme problemstilling gir likt svar er validiteten styrket. Gjennom ulikt svar kan vi få en utvidet teoretisk forståelse (Dalen, 2008). Jeg vil under analysen av studiene vurdere om de er gjennomførbare i vår kliniske praksis.

4.3 Styrker og svakheter ved metode

Litteraturstudie som metode vil være begrenset til hva andre har gjort tidligere og til kunnskap om hvordan man innhenter empiri gjennom datasøk. Det er jeg selv som har valgt hvilke kriterier jeg skal inkludere eller ekskludere. Dette kan ha ført til at det er viktige funn jeg ikke har greid å finne. Ved å gjennomføre undersøkelser selv, hadde jeg hatt mulighet til å endre fokus etter hvert som nye tema gjorde seg gjeldende. Dette viktigjør i enda større grad at jeg er tydelig i prosessene jeg har gjort. Ved å ha med listen over søkeordene som ble utført, klargjør jeg for begrensninger i søket og andre kan ettergå hva jeg har gjort. Jeg har utført et omfattende søk og gjennomlest krevende studier på andre språk. Oversettelsen av både tysk og engelsk kan ha medført feilkilder. Det kan ha vært studier på språk jeg ikke har tatt med som kunne vist seg viktige. Omfanget av oppgaven har heller ikke tillatt meg å kunne gjennomføre en fullstendig systematisk gjennomgang av forskning som berører alle felt i det jeg ønsket å finne svar på. Litteraturstudier er allerede bearbeidet og analysert av noen andre. Deres forståelse og min tolkning i etterkant kan også være feilkilder. Jacobsen (2013) viser til at det er sjeldent man får tilgang til rådata, men ferdig transformert data som ikke alltid passer de kriteriene en selv ønsker å finne svar på. De tre studiene jeg har valgt å analysere videre er studier utført i Brasil og USA. Dette kan gi svakheter i forhold til overføringsverdi. Jeg har likevel valgt å ta med disse da forskningsgrunnlaget fra Norge eller mer sammenlignbare land, er begrenset.

Litteraturstudier har også flere styrker som metode. Kunnskapssenteret (2015) legger vekt på at en systematisk gjennomgang av forskning er viktig både for å få en samlet oversikt, få

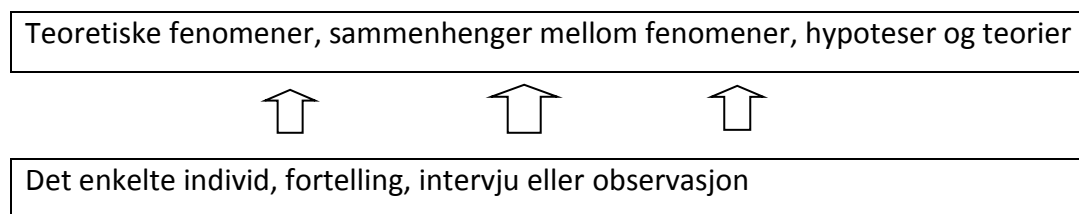
ny innsikt og for å identifisere behov for videre forskning. Aveyard (2014, s. xv) støtter dette når hun understreker at evidensbasert praksis innen helse- og sosialfag har økende viktighet og at litteraturstudier har blitt stadig mer relevant i praksisfeltet. Hun sier at verdien av en forskning er større når man ser den i kontekst av annen litteratur innen samme felt. Jamtvedt (2013) ved Nasjonalt senter for helsetjenesten sier at det i snitt publiseres over 75 randomiserte kontrollerte forsøk hver eneste dag. Dette vanskeliggjør muligheten for fagpersonell å holde seg faglig oppdatert gjennom lesing av enkeltstudier. Idealet er at systematiske oversikter gir et samlet bilde av kunnskapen: de klargjør hva vi vet og ikke vet, identifisere kunnskapshull og viser vei for videre forskning (Jamtvedt 2013). Min studie har begrensninger på omfang, men har lagt vekt på idealet. Jeg tar ikke siktemål på å lage en systematisk oversikt, men å legge et handlingsgrunnlag og bidra til fagutvikling på poliklinikken.

4.4 Analysemetode

Etter å ha selektert bort resterende studier, satt jeg igjen med ti studier jeg mente kunne si noe i forhold til problemstillingen min. Jeg fordypet meg i studiene gjennom å sette meg godt inn i de enkelte studienes gjennomføring og nyanser. Jeg utarbeidet oversikter, som den jeg presenterer under avsnitt 6.1. Det ble utarbeidet sammenstillinger mellom funn i studiene og eksisterende retningslinjer, for å se om det var samsvar mellom disse. Gjennom arbeidet med å analysere de utvalgte studiene forsøkte jeg å finne mønstre i studiene og en mer differensiert forståelse for temaet mitt. Selv om jeg hadde hatt kriterier for inkludering og ekskludering før selve søket ble utført, ønsket jeg å være så åpen som mulig i utvelgelsen. Jeg arbeider med denne gruppen pasienter til daglig og hadde på grunnlag av det hypoteser om hva jeg ville finne av resultater. Jeg har vært bevisst dette hele veien for å være åpen for nye syn. Thomassen (2015) hevder at utgangspunktet for en induktiv modell for teoridannelse vil være å systematisere erfaringer. Ved å utføre systematiske søk på andres erfaringer, ønsker jeg å oppnå teoridannelse. Jacobsen (2013) omtaler dette som en induktiv tilnærming til datainnsamling. Han sier at dersom en ikke er bevisst i søkene sine kan en ende opp med å lete etter det man vil se, for å få bekreftet antagelsene man hadde på forhånd. Det å søke etter svar i empirien for deretter å gå til teori, sier han er idealet i grunnlagt teori – grounded theory. Det vil si at teorier skal dannes ut fra det som blir observert. Jeg har med bakgrunn i dette valgt grounded theory som analysemetode.

4.4.1 Grounded theory

Idealet til de kvalitative metodene er at teorier skal være godt fundert i data. Dataene vi avdekker skal skape teoriene, ikke motsatt ved at teoriene former hva vi leter etter i data (Jacobsen 2013). Studiene i oppgaven er kvalitative studier som gjennom sine undersøkelser har samlet inn data for å kunne skape teorier om hva som er god og virkningsfull behandling for mennesker med alkoholavhengighet og alkoholmisbruk. Jeg har videre, så åpent som mulig, analysert om den innsamlede dataen er pålitelig og valid. Jacobsen (2013, s. 141) illustrerer den åpne tilnærmingen gjennom følgende figur:



Modellen viser til at det er de enkelte individene og deres fortelling som skal føre til teoretiske fenomener og teoridannelse. Jeg søker gjennom problemstillingen å finne metoder som kan utvikle og forbedre praksis. Evalueringsstudier er satt sammen av mange menneskers narrativ. Summen av disse danner et grunnlag som antyder hva som kan være virkningsfull behandling, også for mennesker som ikke har deltatt i studiene. Gjennom å benytte meg av grounded theory, har jeg muligheten til å sammenstille resultatene fra mange enkeltindivider og på den måten vurdere om svarene sammenstilt kan bidra til å skape teoretiske fenomener.

4.5 Refleksjoner rundt det analytiske arbeidet

Jeg vil under følgende avsnitt drøfte ulike forskningsetiske overveielser, både i forhold til studiene jeg har inkludert og etiske overveielser i rollen som forsker. Jeg har også med en redegjørelse av egen rolle som forsker og min bakgrunn.

4.5.1 Forskningsetiske overveielser og egen rolle som forsker

Da jeg har benyttet meg av studier som allerede er gjennomført og godkjent, må jeg ikke i samme grad vurdere tillatelser og forskningsetiske vurderinger. Mitt ansvar handler i den forbindelse i større grad om å ikke la egen forforståelse avgjøre hvilke studier jeg inkluderer og hvordan jeg fortolker dem. Jeg vil gå nærmere inn på dette under avsnittet under om egen rolle som forsker. Da jeg presenterer andre forskeres arbeid, kreves det at jeg er

nøyaktig i presentasjonen av resultatene og i vurderingene av deres arbeid (Thagaard 2013). Det er videre viktig å bruke god henvisningsskikk for å unngå plagiat. Dette er også viktig for å sikre krav til etterprøvbarehet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014; Thagaard 2013). Jeg har vært nøye med å henvise til hvilke kilder jeg har benyttet meg av, men har opplevd det utfordrende å ikke ha direkte avskrift fra engelske tekster. Da mye av materialet mitt har vært på andre språk, har jeg lagt vekt på at det skal være en bearbeidelse av teksten og ikke direkte oversettelser. Jeg har gått gjennom tekstene flere ganger for å være sikker på at det er mine egne ord som er brukt. Det vil likevel kunne være svakheter, blant annet fordi språket i forskningen delvis er teknisk. Jeg kan ha gått glipp av informasjon på grunn av unøyaktigheter eller språklige misforståelser i oversettingsarbeidet. Oppgaven skal benyttes til klinisk formål. Jeg tenker derfor at det er flere etiske overveielser jeg må gjøre i den forbindelse. Undersøkelsene som er inkludert er utført på store grupper mennesker og fra kulturer som ikke er direkte overførbart til vårt miljø. Det vil være viktig å ha bevissthet rundt bruken av undersøkelsene i forhold til de enkeltindividene vi møter. Behandlingen skal utføres med fokus på det mennesket vi har foran oss og den individualiteten det har krav på. Jeg tenker også at det er viktig at jeg er oppmerksom på den makten jeg kan inneha som «ekspert». Min rolle som forsker gir meg en identitet og autoritet ovenfor både pasienter og kollegaer som ikke nødvendigvis er riktig. De nasjonale forskningsetiske komiteene (2015) trekker frem viktigheten av at forskningsetikken har som mål å sikre at forskningen kommer enkeltpersoner og samfunnet til gode, ingen skal bli skadelidende gjennom forskningen.

Jeg er utdannet spesialpedagog med fordypning i samspill og samspillsvansker, samt en videreutdanning i bygging av mestringstillit. Mennesker med rusavhengighet har jeg jobbet med siden 2009, de siste to årene på poliklinikk for rus- og avhengighetsbehandling i spesialisthelsetjenesten. Jeg har ikke egen erfaring med problematisk bruk av alkohol eller andre rusmidler. Min kliniske erfaring med mennesker med avhengighet, har gjort at jeg har etterstrebet å ikke bære med meg for mye av min forforståelse. Thomassen (2015, s. 86) viser til at fordommer eller forforståelse er det som gjør det mulig for oss å forstå noe og gripe mening i nye ting vi møter. Hun påpeker likevel viktigheten i at de er bevisstgjort og bør korrigeres dersom de er uberettiget. Forsberg (2003 s. 62) fremhever også at ingen, selv ikke etiske eksperter, greier å være fri for en forforståelse ut fra kulturelle forutsetninger og personlige preferanser. Jeg har etterstrebet å være tro mot studiene og resultatene i dem.

Gjennom å være åpen for hva jeg skulle finne, har jeg flere ganger latt meg overraske over resultater som har gått på tvers av tidligere oppfatninger. Et eksempel er en studie som omhandlet ettervern i form av telefonkontakt. Jeg hadde forventet og ønsket at det ville frembringe positiv effekt på alkoholinntak, men studien viste at intervensjonen ikke hadde effekt etter forsøks tiden (McKay et al., 2011).

5 Presentasjon av utvalget og empiriske funn:

Jeg vil først gi et sammendrag av de ti studiene jeg selekterte inn som relevante for problemstillingen min. Presentasjon av studiene med hovedfunn ligger som vedlegg. Jeg har satt opp en liste over forkortelser og begrep før sammendraget av studiene. Full liste over forkortelser ligger under kapittel 9. Jeg vil deretter analysere tre av studiene mer inngående.

5.1 Analyse/sammendrag av artiklene:

Forkortelser: CBT – Kognitiv atferdsterapi, SST – social skills training/sosial kompetansetrening, MET – motivasjonsforhøyende terapi, drop out – frafall, MI – motiverende intervju, CRA – community reinforcement approach, BI – brief intervention/kort intervensjon, TAU – treatment as usual/standard behandling, RP – relaps prevention/tilbakefallsforebygging, CM – contingency management/læringsbaserte behandlingstiltak og APA - American Psychiatric Association.

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Styrker og svakheter
Moraes, Mendes de Campos, Figlie, Ferraz & Laranjeira (2010)	Mål om å sammenligne effekt av konvensjonell behandling poliklinisk, med og uten hjemmebesøk.	120 deltagere i en randomisert klinisk studie.	Hjemmebesøk gav indikasjon på lavere drop – out. Begge gruppene hadde lavere alkoholinntak. Begge gruppene hadde økning i avholdsrate, noe høyere hos de med hjemmebesøk. De hadde også signifikant nedgang i problemer relatert til arbeidsliv, alkohol, familie/sosiale områder.	God redegjørelse av metode og vurderinger. Signifikant tap av deltagere underveis. Studien ble gjennomført på ett behandlings-senter, oppfølgings-data er ikke gjennomført. Grundig opplæring av det terapeutiske teamet for å forhindre for store terapeutiske forskjeller.
Kleber et al. (2006) APA	Utforming av praksis-retningslinjer for behandling av pasienter med rusmiddel – misbruk.	Litteratursøk av randomiserte kliniske studier, mindre strenge designede kliniske forsøk og case serier. Anbefalingene ble kategorisert fra I til III etter empirisk sikkerhet.	Det er funnet høyest effekt av CBT, MET & MI, atferdsterapi og familieterapi. Ettervern, CRA, sosial ferdighetstrening og BI kan anbefales. Psykodynamisk og mellom-menneskelig terapi ble vurdert til III.	Studiene er rangerte ut fra styrker og svakheter. Der er utført omfattende søk.

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Styrker og svakheter
Karno, Longa-bough & Herbeck (2009)	Ønsket å se om pasientenes nivå av reaktans, sammen med terapeutenes grad av struktur, hadde innvirkning på effekt av behandlingen.	Analyser av en ex post facto observatør rangering, kombinert med resultatdata fra en randomisert klinisk studie. 247 deltagere.	Pasienter med høy reaktans hadde dårligere utfall ved økt nivå av terapeutstruktur enn de med lav reaktans i ettervernsettinger. I den polikliniske gruppen fant man ikke disse resultatene.	Størrelsen på antall deltagere er stor nok til at man kan tenke seg at det er empirisk overførings-verdi. Studien er ikke eksperimentell, men korrasjonell og observasjonal.
McKay et al. (2011)	Studien ønsket å undersøke om effekten av en tidligere studie av telefonkontakt som ettervern, viste samme resultat etter 24 måneder.	252 pasienter med alkohol - avhengighet, samt 49 % med kokain-avhengighet i en randomisert studie.	Den gunstige effekten av prosenter med dager det blir drukket, forblir signifikant. Effekten av intervensjoner på mål av drikking, var generelt begrenset til den aktive intervensjonsperioden og ikke lengre synlig etter 18 måneder.	Klare inkluderings- og ekskluderings kriterier. Noen av analysene som ikke viste signifikans, kunne hatt utslag ved en større undersøkelse. Analysene var retrospektive og kan trenge bekreftelse i et prospektivt design.
Geyer et al. (2006)	Formålet var å utarbeide retningslinjer for behandling av alkohol - misbruk og – avhengighet.	Systematisk gjennomgang av litteratur og ekspertvurderinger. Bygger på tidligere retningslinjer fra APA.	Anbefaler CBT, SST, MI, trening, CM, par & familieterapi. Psykoedukasjon er ikke effektiv alene. Eksponeringsterapi anbefales ikke.	God beskrivelse av rangering på effektfunnene.

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Styrker og svakheter
Lau-Baracco, Skewes & Stasiewicz (2008)	Ønsket å undersøke om det er kjønns - forskjeller i frekvens med høyrisiko situasjoner for drikking, og om depressive symptomer spiller inn i dette forholdet.	91 menn og 52 kvinner som ønsket poliklinisk behandling. Tverrsnitt design.	Fant støtte for at kvinner rapporterer mer bruk av alkohol som respons på ubehagelige følelser og konflikter er signifikante ut fra alvorlighetsgrad på depresjon. Kommer med anbefalinger på behandling.	Kvinner er mer villig til å rapportere om affektive symptom, gjelder kanskje ikke for de som ikke ønsker behandling eller har tvungen behandling.
Krentzman, Higgins, Staller & Klatt (2015)	Studien var en sekundær analyse av en - randomisert kontrollert studie. Resultat viste at affekt skjema (PANAS) var i forhold til å identifisere og rangere følelsene sine.	14 deltagere av de 23 opprinnelige. Kvalitativ sekundær dataanalyse. Basert på grounded theory.	Resultatene antyder at deltagerne viste tegn på alyksitymi og emosjonell dysregulering. De indikerer at en mer hensiktsmessig bruk av behandling i forhold til dette, bør være en sentral del av behandlingen.	Liten forskningsgruppe. Analysen var ikke innsamlet i denne hensikt, fikk ikke undersøkt funnene mer i dybden. De fleste var gift, hadde høy utdannelse og var i jobb.

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Styrker og svakheter
McKay (2009)	Kapittel i bok som oppsummerer resultat fra studier mellom slutten av 1980 og frem til 2006	Litteratursøk identifiserte 20 kontrollerte studier, hvorav 10 omhandlet effekt av behandling av alkoholavhengige	Seks av ti undersøkelser viste ingen forskjell i utfall. To studier sammenlignet ulik behandling mot ingen behandling, behandling viste bedre effekt. En sammenlignet TAU med RP, der RP viste bedre effekt. De sammenlignet hjemmebesøk mot vurderingsbesøk, hjemmebesøk gav bedre effekt.	Nesten alle studiene fokuserer på pasienter i en begynnende fase av behandling. Fremkommer ikke informasjon om studiene, bare resultat oppsummering.
Pombo, Figueira, Da Costa & Lesch (2015)	Studiens formål var å undersøke det kliniske utfallet av tre multi-dimensjonelle alkohol typologier – Cloninger, NAT og Lesch – i en tre måneders oppfølgingsstudie.	Naturalistisk studie, en sammenligningsstudie ble også utført for å bekrefte klinisk validitet. 201 pasienter med alkohol-avhengighet ble rekruttert fra et poliklinisk senter.	Signifikante forskjeller i klinisk ressursbruk og drikkestatus mellom undergruppene, Cloninger II, Lesch IV og NAT sociopathic og addictopathic. Disse viste uregelmessig deltagelse og et høyere nivå av tilbakefall etter avrusning.	Ikke randomisert utvalg. Psykiske lidelser var ikke ekskludert. Forholdsvis kort oppfølgingstid. Data ble ikke bekreftet av biokjemiske markører. Begrenset til alkohol-avhengige som ønsket behandling.

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Styrker og svakheter
Lieb, Rosien, Bonnet & Scherbaum (2008)	Artikkelen ønsker å vise status av forskning på eldre alkoholavhengige og vurderer klinisk relevans i forhold til å identifisere, måle og behandle denne pasientgruppen.	Litteratur-oppsummering fra eksisterende litteratur og retningslinjer	Beskrivelse av BI og CBT, konkluderer med at eldre ofte har bedre utfall av terapeutiske intervensjoner enn yngre	Det er ikke utført systematiske undersøkelser, eller beskrevet hvordan de er kommet frem til resultatet sitt, det blir dermed vanskelig å etterprøve.

5.2 Analyse av studier:

Av disse ti studiene har jeg valgt å analysere tre av studiene nærmere. Den første studien er hjemmebesøk som en del av poliklinisk behandling av alkoholavhengige. Den andre studien er en retningslinje for behandling av rusavhengige, utformet av American Psychiatric Association. Den siste studien er grad av reaktans i forhold til terapeutstruktur. Jeg har beskrevet styrker og svakheter med å velge disse studiene under metodekapittelet 4.1.4

5.2.1 Home visits in the outpatient treatment of individuals dependent on alcohol

(Moraes, Mendes de Campos, Figlie, Ferraz & Laranjeira 2010).

➤ Er formålet med studien klart formulert?

Formålet med studien var å sammenligne effekt – efficacy (virker det) og effektiviteten – effectiveness (gagner det) av standard poliklinisk behandling (conventional treatment -CT) for alkoholpasienter med standard poliklinisk behandling og hjemmebesøk (home visits - HV). 120 alkoholavhengige pasienter ble randomisert fordelt til CT - eller HV - grupper, med homogene kliniske og sosiodemografiske kjennetegn ($P > 0.1$). P-verdier viser sannsynligheten for at resultatet skyldes tilfeldige feil, se ellers under avsnittet om hvor presise resultatene er lengre ned i analysen. Pasientene ble inkludert dersom de fylte diagnosekriteriene for alkoholavhengighet, var behandlingssøkende, mellom 20 og 60 år og bodde nær poliklinikken. Dersom de hadde vært rusfri i mer enn 30 dager før det innledende intervjuet,

ble de ekskludert. Nitti prosent var menn, gjennomsnittsalderen var 43 år. 41,7 % var gifte, 76,7 % var hvite og 32,5 % hadde et lavt utdanningsnivå, det vil si at de ikke hadde fullført grunnskole. Hovedutfallsmålene var tilslutning, avholdenhet og dager med forbruk. Andre utfall som ble målt var livskvalitet, behandlingsmotivasjon, alvorligheten av problemområder i livet og kognitiv svikt.

- Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre?

Pasientene gikk først gjennom et innledende intervju med en sekretær for undersøkelse av inkluderingskriteriene. Sekretærenes arbeid bestod av å identifisere tilstedeværelsen av noen inklusjonskriterier i henhold til pasientenes eller deres families preferanser.

Hovedforskeren utførte så et intervju med pasienten for å få bekreftet inklusjonskriteriene, forklare formålet med studien og foreslåtte behandlingsmodeller. Avrusning ble deretter planlagt. Fordelingen av de to gruppene ble utført ved bruk av bruk av en tabell med vilkårlige tall. For å unngå bias/feilkilder i utvalget ble randomiseringen utført av en ansatt på poliklinikken som ikke var involvert i studien og som ikke hadde tilgang til informasjon om forskningen eller pasientene. Ordene bias og feilkilder blir begge benyttet for å vise til årsaker for at resultater ikke nødvendigvis er riktige. 62 pasienter ble fordelt til HV - gruppen og 58 til CT - gruppen. Det er ikke forklart i studien hvorfor det ble fordelt flere til HV - gruppen. Det er heller ikke beskrevet om gruppene er like i forhold til for eksempel kjønn, sosial klasse eller alder. Forfatterne oppgir at det ikke var noen forskjeller mellom gruppene i noen av variablene som ble analysert i begynnelsen av behandlingen. De beskriver at dette garanterer homogeniteten mellom gruppene.

- Ble alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien?

Studien hadde et frafall på 31 personer, dette utgjør et signifikant tap av deltagere. Det var 9 personer som falt fra i HV - gruppen og 22 personer som falt fra i CT - gruppen. HV - gruppen hadde en høyere behandling etterlevelse ($P = 0.003$). Det blir konkludert med at sjansene for at HV - pasientene skulle falle fra var 78,2 % lavere enn for CT - pasientene. I henhold til den logistiske regresjonsanalysen (metode for multivariate analyser, det vil si analyser hvor flere uavhengige variabler trekkes inn for å belyse en avhengig variabel, Tufte, 2000 s. 7) var den eneste logisk variabel for frafall, behandlingsgruppen som pasientene ble tildelt. Pasientene som falt fra ble ikke inkludert i analysen. Dette blir begrunnet ut fra at efficacy er forstått

som resultatoppnåelse med intervensjonen som opptrer i henhold til optimale forhold. For å vurdere variabelen avholdenhet, ble også pasientene som falt fra vurdert ut fra en antagelse om at frafallsgruppa hadde det samme mønsteret av alkoholinntak. Vedrørende variablene for motivasjon, mental helse, kognitiv lidelse, livskvalitet og problemer på ulike områder av livet, ble bare de pasientene som fullførte hele behandlingen vurdert. Logistisk regresjon ble brukt for å analysere hvilke faktorer som kan ha hatt innflytelse på manglende behandlingsetterlevelse, som sosiodemografiske variabler og alkoholforbruks variabler ved den innledende vurderingen.

- Ble deltakere, helsepersonell og utfallsmåler blindet med henhold til gruppetilhørighet?

Det står beskrevet at behandlerne fikk seks timer med supervisjon, slik at intervensjonene som ble brukt kunne bli fulgt og veiledet. De fikk også oppdatert informasjon og nyere litteratur om temaet. Pasientene fikk innledningsvis forklart målene for studien og foreslåtte behandlingsmodeller. Dersom pasientene ikke var blindet kan subjektive utfallsmål ha økt risiko for bias. De ansvarlige for administrasjonen av protokollene var psykologistudenter som ikke var involvert i behandlingen. De hadde dermed ingen kjennskap til hvilke pasienter som mottok HV.

- Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres?

Begge gruppene gjennomførte innledende intervju, poliklinisk avrusning, psykiatrisk vurdering og psykoterapeutiske gruppesesjoner. Begge behandlingene ble utført i 12 uker og ble vurdert med en instrumentprotokoll på tre ulike tidspunkt. CT - gruppen mottok 20 psykoterapeutiske gruppesesjoner to ganger i uken, med en times varighet. Det ble benyttet kognitiv terapi, trening i mestringsferdigheter og tilbakefallsforebygging. Sesjonene var både ledet og frie, i form av at pasientene kunne ta opp temaer som de ønsket å snakke om. For å unngå bias ble pasienter fra CT - gruppen og HV - gruppen mikset i gruppesesjonene. I tillegg hadde HV - gruppen fire hjemmebesøk på varighet av en time, med en ukes mellomrom. I oppsummeringen står det beskrevet at HV - gruppen bare hadde 10 timer med gruppebehandling og fire timer hjemmebesøk. Jeg kan ikke finne dette i beskrivelsen av tilbudet i begynnelsen av studien. Jeg finner heller ingen forklaring på hvorfor den vurderingen er tatt. Det står som sagt beskrevet at de blandet gruppene, men ikke hva de

gjorde dersom HV bare deltok på halvparten. Det står ikke beskrevet om dette kan ha påvirket frafallet i CT - gruppen.

➤ Hva er resultatene?

Hovedutfallsmålene var tilslutning, i form av pasientenes deltagelse til slutten av behandlingen. Avholdenhet og dager med forbruk, målinger av mønster til alkoholinntak, avholdenhet og drikkedager ble også undersøkt. Andre utfall som ble målt var endringsstadier, dette ble målt med University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA). Nivå av endringsvillighet målt med Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). Rangering av problemer funnet i områder av helse, avhengighet, arbeid, familie, sosial, lovlidighet, og psykologimønster ble målt ved Short Form Health Survey – 36 (SF-36) Addiction Severity Index (ASI) og Quality of Life (QoL). Mental helse av pasienter og slektninger ble målt med Self Report Psychiatric Screening Questionnaire – SRQ. Screening av kognitive lidelser ble utført med Frontal Assessment Battery (FAB) og laboratorieevaluering av leverenzymmer for å undersøke leverskader og alkoholinntak.

Utfallsmålene er rangert fra a til i. Variablene ble analysert på en deskriptiv måte; gjennomsnitt (mean), middelværdi (median) og kvartiler. Minimal og maksimalt standardavvik ble benyttet for de numeriske variablene, og de absolutte og relative frekvensene ble tatt i betraktning for kategoriske variabler. χ^2 test, en ikke-parametrisk test, ble benyttet til å undersøke homogeniteten av fordelingen av kategoriske variabler. χ^2 test blir benyttet der det ikke er mulig eller ønskelig å sammenligne gjennomsnittsskårer ved sammenligning av grupper. For eksempel dersom en gruppe får terapi og en ikke, vil en ikke sammenligne gruppegjennomsnitt på en målt variabel, men hvor mange i hver gruppe som har sluttet å drikke (Svartdal, 2015). Fisher exact test ble benyttet som en alternativ test. Den anvendes for å bestemme den statistiske signifikans av resultatene som genereres, når datasettene er for små til å benytte, for eksempel, χ^2 testen (Medical Dictionary, 2009). I alle de statistiske undersøkelsene ble 5 % signifikansnivå benyttet. Nærmere beskrivelse av begrepet kommer under avsnittet om hvor presise resultatene er.

Resultatene viser som beskrevet tidligere at 25,8 % av pasientene falt fra i løpet av studien og 74,2 % gjennomførte. Det var en 78.2 % lavere sjanse for at pasientene som mottok HV falt fra. Det var en økning i avholdsraten på begge gruppene ($P < 0.05$), men det foreligger

bevis på at effekten var mer gunstig for HV - gruppen ($P = 0.009$). Alle grupperingene av alkoholinntak falt i løpet av behandlingen og dager uten alkohol økte i begge gruppene. I forhold til de mentale aspektene viste en bedre utvikling for HV - gruppen, fysisk aspekt viste ingen effekt. Det var ingen gruppeeffekt for ambivalens og handling, men det ble funnet tidseffekt på ambivalens ($P < 0.001$) og handling ($P = 0.026$). Det ble ikke funnet gruppe- eller tidseffekt på endringsstadiene på noen av gruppene. Kognitive lidelser viste ingen gruppeeffekt, men det ble funnet en tidseffekt ($P < 0.001$). Det ble funnet tidseffekt på pårørendes mentale helse ($P = 0.003$). Det ble funnet en nedgang i tilstedeværelse av problemer på alle områder ($P < 0.05$), utenom på det medisinske området for CT - gruppen. HV - gruppen hadde en signifikant nedgang vedrørende problemer med arbeid ($P = 0.0386$), alkohol ($P = 0.0386$), og familie/sosiale områder ($P = 0.0001$). I HV - gruppen var det signifikant nedgang i alle laboratorieresultatene, mens CT - gruppen bare hadde nedgang i en av dem.

Oppsummering: HV - behandlingen gav bedre resultat, ikke bare på suksess av behandling, men også forbedring i livskvalitet for pasientene og deres pårørende.

➤ Hvor presise er resultatene?

P-verdier er oppgitt i studien og det ble benyttet et 5 % signifikansnivå. En P – verdi viser sannsynligheten for at resultatet skyldes tilfeldige feil. En P-verdi under 0,05 er statistisk signifikant, det vil si at sannsynligheten for at det skyldes tilfeldige feil er lav nok til at slutningen kan statistisk forsvares (kunnskapsbasert praksis, u.å.). P-verdien tar utgangspunkt i to hypoteser. Den ene er nullhypotesen, der man antar at det er ingen effekt av en behandling. Alternativ hypotese er at nullhypotesen ikke er sann. Matematisk-statistiske metoder kan beregne sannsynligheten for det man observerer dersom nullhypotesen er korrekt. Dersom P-verdien er lavere enn en på forhånd spesifisert verdi, forkastes nullhypotesen, resultatet er statistisk signifikant og at den alternative hypotesen er sann (Pripp, 2015). Legehåndboka (u.å) viser til at man må sette en grense *for at resultatet av en test skal være statistisk signifikant*. Denne grensen settes vanligvis til 0,05 eller 5 %. Det vil si at studien har benyttet seg av en anerkjent grense for å måle statistisk signifikans.

➤ Kan resultatene overføres til praksis?

Pasientene som er inkludert i studien vil på enkelte områder være representative for de pasientene vi møter i praksis. Faktorer som alder, kjønn og drikkemønster virker å være representativ for våre pasienter. Studien er utført i Brasil, kulturelle eller økonomiske forskjeller kan påvirke overføringsverdien. Studien beskriver at 76,7 % av deltagerne var hvite. En slik inndeling av etnisitet og etniske ulikheter som Brasil har, er ikke sammenlignbar med norske forhold. Tiltaket er gjennomførbart i den forstand at det er detaljert beskrevet hvilken kompetanse som ble benyttet på hjemmebesøkene, hvilken behandlingstilnærming de benyttet (motiverende intervju) og en åtte punkters liste over hva målet med hjemmebesøket skulle være. Som beskrevet innledningsvis i oppgaven har poliklinikken tilbud til innbyggere i åtte ulike kommuner og lang reisevei til mange av disse. Det vil si at hvor gjennomførbart tiltaket er i forhold til kostnadseffektivitet er usikkert. Det blir beskrevet at en forutsetning for å delta i studien var at pasientene bodde nær poliklinikken. Dette vil i så fall bare omfatte en liten gruppe av våre pasienter. Hjemmebesøkene ble utført av en psykolog og en sosialarbeider som var opplært i bruk av MI. Ressursbruk vil dermed også kunne bli en ut av utfordringene i praksis. Informasjon kan videreformidles til kommunene, som i større grad har mulighet til å gjennomføre hjemmebesøk, men da uten fagkompetansen som ble benyttet i studien.

➤ Ble alle viktige utfallsmål vurdert i denne studien?

Studien hadde mange utfallsmål, med rangering av viktighet. Utfallsmålene skulle dekke viktige livsområder som somatisk helse, opplevd livskvalitet, kognisjon og endring. Dette vil kunne være aktuelle utfallsmål både for pasienter, pårørende og klinikere. En økonomisk vurdering ble foretatt under studien og HV - behandlingen ble dokumentert kostnadseffektiv. Dette kan være viktig for ledere i form av implementering, og politikere i forhold til hva man bør satse på i fremtiden. Utfallene ble målt med anerkjente og internasjonale målemetoder. Jeg har som tidligere nevnt ikke vurdert styrker og svakheter ved anvendte målemetoder. Hosmer og Lemeshow testen, som er en egnethetstest for å vurdere modeller, ble utført for å undersøke tilstrekkeligheten til modellene (Tufte, 2000 s. 50).

- Er fordelene verdt ulemper og kostnader?

Studien viser til at svært mange andre studier har kommet frem til at støtte og veiledning til pårørende og signifikante andre er avgjørende for behandling. De trekker også frem teori som konkluderer med at korte HV gjør at familiene engasjerer seg mer i behandlingen. De henviser også til dokumentasjon av virksomhet ved HV i forhold til psykiatriske pasienter. De omtaler konsekvensene av ubehandlet alkoholavhengighet i forhold til manglende deltagelse i arbeidslivet, sykedager og ulykker på arbeidsplassen. Videre vises det til en litteraturgjennomgang som fant ut at 60 % til 80 % av rusavhengige bor sammen med den originale familie sin. De peker på at behandlingsforløpet til pasienten kan bli dårligere uten familieinnvolvering. Pårørende kan også gi en sosial kostnad gjennom fysiske og emosjonelle problemer og immaterielle kostnader gjennom lidelse. Det foreligger ingen informasjon om eventuelle bivirkninger og ingen informasjon om resultatene støttes i en systematisk oversikt.

5.2.2 PRACTICE GUIDELINE FOR THE Treatment of Patients with Substance Use Disorders.
Second Edition.

(Kleber et al., 2006).

- Kommer det klart frem hva retningslinjen handler om og hvem som er målgruppen?

Målgruppen er pasienter med rusbrukslidelser og retningslinjene tar for seg nikotinavhengighet, alkoholrelaterte-, marihuanarelaterte-, kokainrelaterte- og opiatrelaterte lidelser. Jeg har ut fra problemstillingen min, valgt å kun se på retningslinjene for alkoholrelaterte lidelser. De beskriver at retningslinjene gjelder for pasienter med alkoholavhengighet eller misbruk. De kommer også inn på behandling av overdoser og abstinenser.

- Har prosessen for utvikling av retningslinjene vært slik at resultatet er til å stole på?

Retningslinjen er utviklet av psykiatere i aktiv klinisk praksis og noen bidragsytere som primært er involvert i forskning eller andre akademiske sammenhenger. Det står ellers ikke beskrevet i hvor stor grad arbeidsgruppen var tverrfaglig sammensatt eller om representanter fra målpopulasjonen var deltagende i prosessen. Retningslinjen er ikke støttet finansielt av noen kommersielle aktører, det står ellers ikke beskrevet hvordan den er finansiert. Alle deltagere i utviklingen av retningslinjen ble bedt om å informere om

potensiell interessekonflikt som kan skape partiskhet, eller se ut som partiskhet, til styringsgruppen for praksisretningslinjer og arbeidsgruppen. Utkast til retningslinjen ble vurdert av styringsgruppen, andre eksperter, allierte organisasjoner, medlemmer av American Psychiatric Association – APA og APA Assembly and Board of Trustees. Det står ikke beskrevet om utkastene har vært gjennom en åpen høringsprosess. Studien henviser ellers til at det er mulig å innhente ytterligere informasjon om prosessen gjennom «APA Guideline Development Process». Det nåværende dokumentet det henvises til, er produsert etter at retningslinjene er laget, det kan derfor være vanskelig å vite om prosessene var lik på daværende tidspunkt. Dette dokumentet beskriver at tilbakemelding fra pasientene og familiene sine talsmenn, forsikrer at kliniske spørsmål er relevant for klinisk praksis. De skal også inkludere utfall som er viktige for pasientene og adressere områder der kvaliteten av omsorgen kan forbedres.

- Har retningslinjen vurdert alle relevante pasientgrupper, tiltak og utfall?

Retningslinjene har vurdert hvordan man kan imøtekomme overdoser og abstinenser, farmakologisk behandling og psykososial behandling. Jeg vil kun gå inn på de psykososiale behandlingene, ut fra oppgavens kriterier. Pasienter som har behov for døgninnleggelse og innleggelse i somatisk helsevern er ekskludert fra studiene. Det er vurdert ulike settinger behandlingen kan foregå i. Selv om retningslinjene omhandler pasienter med avhengighet og misbruk, er tilnærminger tradisjonelt benyttet for risikopasienter vurdert i retningslinjene. Faktorer som morbiditet (sykelighet), mortalitet (dødelighet) og kostnader er vurdert i noen av anbefalingene, men er ikke systematisk vurdert. Det henvises til «APA Guideline Development Process» for videre informasjon om utviklings prosess. Det beskrives i 2011 - utgaven at det er vurdert i hvilken grad fordelene av behandlingen oppveier ulempene.

- Er det systematiske oversikter av dokumentasjonen som beregner den relative effekten av tiltakene for de relevante utfallene?

Datasøkingprosessen med søkeord, tidsperiode og databaser er beskrevet. MEDLINE og PubMed er benyttet to ganger, først med søk fra 1995 til 2002 og deretter fra 2003 til 2005. Studier inkludert var kontrollerte kliniske studier, randomiserte kontrollerte studier og metaanalyser. 5500 identifisert studier ble plukket ut. Cochrane ble også benyttet til søk etter relevante metaanalyser. Mindre formell litteratur ble plukket ut av APA ansatte og

individuelle medlemmer av arbeidsgruppa. Sammendraget av behandlingsanbefalinger er rangert i henhold til nivået av tillit som anbefalingene er gjort ut fra.

- Har retningslinjegruppen foretatt vurderinger av kvaliteten på dokumentasjonen?

Det er ikke beskrevet i retningslinjene i hvilken grad resultatene er overførbare til aktuell klinisk praksis. Det står beskrevet i Development process dokumentet fra 2011 at demografisk informasjon blir undersøkt. Etter treff i databaser blir det ifølge Process dokumentet utført grå litteratursøk, det vil si studier og rapporter som ikke er publisert og dermed ikke tilgjengelige i databaser (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015; Universitetet i Agder, 2017). Det ble også forsøkt funnet upubliserte protokoller og data. For hvert klinisk spørsmål blir det benyttet modifisert GRADE - metode. Denne metoden rangerer kvaliteten på en mengde evidens som høy-, moderat-, eller lav kvalitet. Rangeringen blir satt ut fra hvor høy sikkerhet de har på at den virkelige effekten er nær estimatet. Vurderinger av for eksempel begrensninger i studien, inkonsekvens i resultatene og unøyaktigheter blir utført i hver enkelt studie.

- Er retningslinjene basert på oppdatert kunnskap?

Litteratursøkene er gjennomført fra årene 1995 til 2005 og retningslinjene er utgitt i 2006, det vil si at de er 10 år gamle. Retningslinjene oppgir at viktige utviklingstrekk i vitenskapelig litteratur siden utgivelsen av disse retningslinjene, kan være tilgjengelige i den psykiatrisk praksis delen av APA -nettstedet www.psych.org. Jeg fant en oppdatering gjort i 2007. Den inneholder ingen oppdateringer som er relevant for oppgaven. Selv om noen av litteratursøkene er av eldre dato betyr det ikke at det nødvendigvis er en svakhet. Eldre studier kan ha betydning og mange nye studier bygger på studier som er gjort tidligere.

- Er anbefalingene formulert på en standardisert måte der det kommer klart fram hva den anbefalte handlingen går ut på, og når den bør utføres?

Anbefalingene varierer i sin beskrivelse av hva handlingen går ut på og når den bør utføres. Det blir innledningsvis beskrevet at personer med rusmiddelproblemer er heterogene med hensyn til en rekke kliniske funksjoner, og at en multimodal tilnærming til behandling vanligvis er nødvendig. Det foreligger et eget kapittel som på generelt grunnlag går igjennom de ulike behandlingstilnærmingene.

- Er det gitt en forklaring for resonnetet som ligger til grunn for hver av anbefalingene som gis?

Retningslinjene omfatter i stor grad mulige fordeler ved å følge anbefalingene, for eksempel under punktet om kognitiv atferdsterapi beskrives det at ved å øke pasientens selvkontroll og sosiale evner kan det føre til redusert drikking. De omfatter i mindre grad ulemper ved å følge anbefalingene, det eneste er anbefalinger om tilnærminger som ikke ser ut til å være effektive. Bortsett fra en beskrivelse innledningsvis om hvem som har deltatt i å utforme retningslinjene, finner jeg ingen beskrivelse av mangler ved dokumentasjon og hvilken rolle teori og klinisk erfaring har hatt i utformingen av retningslinjen. Styrken på anbefalingene er som beskrevet over gradert på basis av tillit til underliggende dokumentasjon og vurderinger av både klinisk erfaringer og andre meninger, men er ikke forklart under selve anbefalingene for hver behandlingstilnærming.

- Hva er anbefalingene?

Kort oppsummert inkluderer psykososiale behandlinger funnet effektiv for noen pasienter med alkohollidelser MET [I], CBT [I], atferdsterapi [I], TSF – 12 - trinnshandling [I], ekteskapelige- og familierapier [I], gruppeterapi [II], og psykodynamisk terapi [III]. Å anbefale at pasienter deltar i selvhjelpsgrupper, slik som Anonyme Alkoholikere (AA), er ofte nyttig [I]. Mer utfyllende om anbefalingene ligger som vedlegg under gjennomgang av studiene.

- Inneholder retningslinjen en plan for implementering?

Retningslinjene inneholder ingen direkte plan for implementering, men tar for seg viktigheten av å sette opp en god behandlingsplan for å få implementert nødvendig behandling. Planen skal vurderes kontinuerlig ut fra hvilke behov pasienten har på aktuelt tidspunkt. Det er ikke laget beslutningsstøtteverktøy for helsepersonell og pasienter. Det er ikke diskutert fremmere og hemmere for eventuelle endringer i praksis, og det foreligger ikke kriterier for monitorering.

- Er denne retningslinjen relevant og gjennomførbar i praksis?

Anbefalingene er lette å forstå og flere av anbefalingene finnes det kompetanse på i klinikken jeg jobber. Vi ser blant annet at kognitiv atferdsterapi og tilbakefallsforebyggende terapier får gode rangeringer i anbefalingene. Flere av de ansatte i poliklinikken har eller er

under videreutdanning i bruk av disse behandlingstilnærmingene. Motiverende intervju (MI) finnes det god kompetanse på i klinikken, men vi mangler kompetanse på Motivational enhancement therapy (MET). Dette er noe vi må vurdere ut fra anbefalingene om vi ønsker mer kompetanse på. Forfatterne viser til Project MATCH der fire timer med MET gav samme resultatet som 12 timer med CBT. Studien viser til at involvering i ettervern har mer å si for utfall av behandling enn lengden på innleggelse, nevropsykologisk funksjonering, drikking før behandling og sosiale stabilitetstiltak. Dette er et tilbud som allerede finnes i poliklinikken og utføres av utdannede gruppeterapeuter. Oppsummert ser vi at flere av behandlingstilnærmingene som foreslås kan være relevante for mange av våre pasienter, kompetansen finnes i poliklinikken og det er dermed gjennomførbart i praksis.

5.2.3 Patient Reactance as a Moderator of the Effect of Therapist Structure on Posttreatment Alcohol Use

(Karno, Longabaugh & Herbeck 2009).

I en studie fra 2005 ble nivået av terapeutpålagt struktur undersøkt ved en klinisk forskningsenhet av Project MATCH kliniske studie. Project MATCH er nærmere beskrevet under tidligere forskning i innledningen. Denne studien ble utført som en utvidelse for å undersøke effekten av terapeutstruktur på behandlingseffektivitet blant pasienter med ulikt nivå av reaktans. Med terapeutstruktur menes terapeutens bruk av blant annet direkte rådgivning, veiledning og opplæring. Reaktans er som beskrevet under avsnitt 4.1.4, en reaksjon på opplevelsen av innskrenkning i egen valgfriheten. Det første målet med studien var å gjenskape den tidligere observerte [struktur x reaktans] interaksjonseffekten på en annen etterverns klinisk forskningsenhet av Project MATCH. Hypotesen var at økt terapeutstruktur ville bli assosiert med dårligere drikkeutfall for pasienter med medium og høy grad av reaktans, og at effekten ville bli ulik fra pasienter med lav reaktans. Det andre målet var å finne ut om interaksjonseffekten kunne generaliseres til deltagere av den polikliniske armen av Project MATCH. Jeg benytter meg av begrepet arm, som er terminologien benyttet i studien, for å beskrive de ulike forskningsdelene av Project MATCH. Hypotesen her var at lignende interaksjonseffekt ville bli observert for denne gruppen også.

Pasientene var diagnostisert med alkoholavhengighet eller misbruk. Inklusjonskriterier ved siden av diagnose, var at de skulle delta på minst en behandlingstime og bidra med minst 240 dager (av mulige 365 dager) med oppfølgingsdata på alkoholbruk, etter behandling. 129

pasienter ble valgt fra etterverngruppa, hvorav fire av pasientene ikke hadde et opptak av behandlingstimer tilgjengelig og tre ikke gjennomførte 240 dager med oppfølgingsdata. Det var dermed 122 pasienter til sammen som ble vurdert. Det var i utgangspunktet 142 polikliniske pasienter, åtte av disse hadde ikke opptak av behandlingstimer tilgjengelig og ni pasienter hadde mindre enn 240 dager med oppfølgingsdata. Til sammen 125 pasienter ble vurdert i denne gruppen. Ettervernsklinikken hadde 12 % kvinner, 65 % hvite og en gjennomsnittsalder på 41 år. De hadde 21 % alkoholfrie dager de siste 90 dagene før behandling og 76 % tunge drikkedager. Det var 38,5 % pasienter som fylte kriteriene for lav reaktans, 36,9 % medium reaktans og 24,6 % med høy reaktans. Poliklinikkene hadde 25 % kvinner, 79 % hvite og en gjennomsnittsalder på 39,9 år. De hadde 32 % alkoholfrie dager og 62 % tunge drikkedager. Tunge drikkedager defineres med minimum fem drinker for menn og fire for kvinner. I forhold til lav-, medium-, og høy reaktans var tallene her 33,6%, 36,8 % og 29,6 %. Utfallene som ble vurdert var rusfrie dager, tunge drikkedager, tid før første drikkedag og tid før første tunge drikkedag gjennom en etterbehandlingsperiode på ett år.

Et tilfeldig utvalg av pasientene ble valgt ut fra de fire klinikkene. Utvalgsstørrelsene ble avgjort basert på en tidligere power analysis. Power analysis er en analysemetode for å anslå antall observasjoner en må ha, for å ha en god sjanse til å oppdage den effekten en er ute etter (McDonald, 2014). Det blir beskrevet at lav-, medium-, og høy reaktans gruppene var sammenlignbare når det gjelder sosiodemografiske- og kliniske variabler. Det var ingen signifikante forskjeller mellom pasientene i ettervern eller poliklinikk når det gjaldt reaktans score rangeringer eller fordelingen mellom deltagerne til reaktans grupper.

Psykologisk reaktans ble målt gjennom observasjonsrangeringer ved bruk av en 25 punkts vurderingsliste. Pasientene ble kategorisert til lav-, medium-, eller høyreaktans grupper ved bruk av cutoff score, avledet fra alle tilgjengelige vurderinger av etterverns- og polikliniske pasienter. En kategorisk variabel ble opprettet for å lette tolkningen av statistiske interaksjonsvilkår, spesielt fordi terapeutstrukturvariabler ble behandlet som en kontinuerlig score, og for å gi kliniske retningslinjer som er lettere oversatt til praksis. Bruken av de tre kategoriene ble benyttet for å redusere likheter mellom den lave og den høye reaktansgruppen, og dermed øke sannsynligheten for å kunne observere gruppeforskjeller. Terapeutstruktur ble målt av to vurderere som fikk se segmenter av behandling på video. Det var aldri samme person som vurderte terapeutstruktur som hadde vurdert reaktansnivå

i samme sak. Gjennomsnittet av vurderingene til de to ble lagt til grunn. Skjevheter i strukturmålingene ble justert og ingen signifikant forskjell på strukturvariablene ble observert mellom etterverngruppe og poliklinisk gruppe. De som vurderte både reaktans og terapeutstruktur, vurderte ikke pasient og terapeut fra samme behandling og to uavhengige vurderere ble benyttet for rangering, gjennomsnittet til disse to ble brukt som måltall.

Analysen indikerer at effekten av interaksjonen mellom pasientenes reaktans og terapeutens struktur på både prosent «dager uten alkohol» og prosent «tunge drikkedager» var forskjellig på tvers av studiearmene. Funnene ble støttet av en signifikant treveis interaksjon som involverte pasienter som var i lav- og høyreaktans grupper. Terapeutstruktur hadde en større differensial innvirkning på dager rusfrie, på tvers av pasienter i lav- og høy reaktansgruppene, i ettervernsarmen. Funn antyder at det ved økt nivå av terapeutstruktur var dårligere utfall for pasienter med høy reaktans i ettervern. Økt terapeutstruktur ble ikke forbundet med dårligere utfall i poliklinikkene. Resultatene for dager uten alkohol og tunge drikkedager var statistisk signifikant. Det ble observert en signifikant negativ effekt av struktur, i forhold til alkoholbruk for gruppen med høy reaktans i ettervern. Dette ble ikke observert for de med lav reaktans.

{Struktur x reaktans} interaksjonseffekt var ikke signifikant for pasienter i poliklinikkarmen. Det var heller ikke en signifikant relasjon mellom nivå av struktur og alkoholbruk for pasienter på noen av nivåene av reaktans.

Andre resultat fra analyse av samvariasjon indikerer at det var forskjeller mellom polikliniske og ettervernresultater i forhold til dager uten alkohol og tunge drikkedager. Pasienter i poliklinikkarmen hadde færre dager abstinent og flere tunge drikkedager etter behandling enn ettervernsarmen. I tillegg var interaksjonen mellom terapeutstruktur og studiearm en signifikant prediktor på dager uten alkohol og tunge drikkedager. Terapeutstruktur hadde mer negativ effekt over det hele i ettervernsarmen enn for pasientene i poliklinikkarmen.

Resultater fra den gjentatte målingsanalysen av samvariasjon antyder at den observerte effekten var konstant på tvers av tre måneders intervallene, som omfattet oppfølgingsperioden på ett år. Testen for å avgjøre om treveis interaksjonseffekten mellom pasientreaktans, terapeutstruktur og studiearm på dager uten alkohol og tunge drikkedager,

variert over tid, ikke var signifikant ($p > .60$). Testen for tidseffekt på [struktur x reaktans] interaksjon for pasientene i ettervern var heller ikke signifikant.

Resultater fra tid – til – begivenhet analysene, indikerte at treveis interaksjon mellom pasientreaktans, terapeutstruktur og studiearm ikke var en signifikant prediktor av verken tid til første drink eller første tunge drikkedag i oppfølgingsperioden. Toveis interaksjon mellom pasientreaktans og terapeutstruktur blant pasientene i ettervernarmen var heller ikke en prediktor for tid til første drink eller tunge drikkedag.

Studien antyder at når atferdsbehandling følges av en tidligere, intensiv behandlingsperiode, vil nivået av terapeutstruktur i varierende grad påvirke alkoholbruk etter behandling. For pasienter i ettervern som hadde høy reaktans, var økt terapeutstruktur assosiert med færre drikkefrie dager og flere tunge drikkedager i året etter behandling. Den negative effekten av struktur sank trinnvis for pasienter i medium- og lavreaktans gruppene, men alt i alt forble den negative hovedeffekten av struktur i etterverngruppen. Effekten forutså ikke tiden for første alkoholkonsum etter behandling.

Funnene støtter ikke hypotesen om at pasientens reaktans nivå ville moderere effekten av terapeutstruktur på bruk av alkohol. [Struktur x reaktans] interaksjonseffekt greide ikke å forutsi noen utfallsvariabler for poliklinikken.

Det var ingen forskjell av betydning mellom reaktans i de to utvalgene, men resultatene varierte. Studien har kommet frem til at det er en differensialeffekt på struktur og dager uten alkohol, samt tunge drikkedager på tvers av ettervern- og poliklinikkutvalget. [Struktur x arm] interaksjonen var inkludert i analysen som en del av å teste treveis interaksjoner mellom struktur, reaktans og studiearm. Det var derfor ingen hypotese for den effekten, men dataene indikerer at struktur generelt var lite hjelpsomt for deltageren i ettervernsarmen. Ulikheten i nytten av struktur på tvers av de to utvalgene kan spille en viktig rolle i å forstå hvorfor [struktur x reaktans] interaksjonen bare var tilstede hos ettervernutvalget.

Basert på funnene, fremlegger forfatterne en teori om at pasienter som starter en primær behandlingsepisode forventer og er mer mottagelig for terapeutstruktur, enn pasienter som begynner en ettervernepisode. Forskerne konkluderer med at dette studieområdet er i startfasen og at det trengs mer arbeid.

Omfattende vurderingstrening og reliabilitetssjekker ble beskrevet å være gjennomført gjennom hele studien. Analyse av samvariasjon ble benyttet til å teste [struktur x reaktans] interaksjon i ettervern og poliklinikk, som en prediktor for alkoholbruk gjennom året med oppfølgingsbehandling. For å minimere nummeret av statistiske tester, ble analysene testet i en treveis interaksjonseffekt for [terapeutstruktur x pasientreaktans x testarm] (ettervern vs. poliklinikk). Denne tilnærmingen tillot at begge studiearmene ble inkludert i samme analyse, og for en formell test av ulikhetene mellom utvalg i [struktur x reaktans] interaksjonseffekt.

Analyser av samvariasjon, ANCOVA, ble benyttet til å avgjøre stabiliteten til interaksjonseffekt på tvers av de fire tre- måneders oppfølgingsintervallene som inngikk i ett års oppfølging. Cox regression analyses, er en analyse for å predikere sannsynligheten for at hendelsen av interesse har skjedd ved et gitt tidspunkt, for gitte verdier av utfallsvariablene (StatsDirect, u.å.). Denne ble benyttet til å undersøke [struktur x reaktans] interaksjonen som en prediktor av dager til første drink eller dager til første tunge drikkedag, etter en tre måneders behandlingsfase. Analyser ble utført med bruk av two – tailed test with critical $\alpha = .05$. Det vil si at nullhypotesen er $P = 0.5$. (Se ellers beskrivelse av P – verdier under studie 1). Studien benytter seg også av F – verdier. Jo høyere denne verdien er jo mer variasjon i den avhengige variabelen forklares av den manipulerede faktoren (Svartdal, 2015).

Studien er en korrelasjonsstudie, det vil si en forskning som måler to eller flere naturlige variabler og undersøker hvorvidt de er statistisk korrelert. Den er også en observasjonsstudie, som ikke er eksperimentell. De har benyttet eksisterende forskningsressurser fra Project MATCH til å foreta post hoc (vurdering av data etter at studien er ferdig) rangeringer av pasienter og behandling og sammenligne informasjonen med eksisterende utfallsdata. I fraværet av en randomisert klinisk studie der terapeutstrukturen er eksperimentelt manipulert, påpeker de at det ville vært upassende å hevde kausale påvirkninger mellom disse variablene. De manglet også data på pasientenes forventning om behandlingsstruktur. Dette kunne tillatt en empirisk testing av deres vektlagte forklaring på hvorfor de observerte [struktur x reaktans] interaksjonene, bare finnes i ettervernutvalget.

Signifikante styrker ved studien er fokuset på replikasjon av behandlingseffekt i et selvstendig ettervernutvalg, og innsatsen av å teste overføringsverdi til et poliklinisk utvalg. Selv om studien ikke greide å finne støtte til overføringsverdi, er dette verdifullt i form av

hele tiden forsøke å identifisere viktige forskjeller mellom behandlingssøkende utvalg. Forskerne hevder at alkoholbehandlingsforskning har hatt begrenset suksess med å identifisere pasientegenskaper som modererer behandlingseffektivitet, og at en replikasjon av slik effekt på et uavhengig utvalg sjeldent skjer.

6 Refleksjoner rundt valgte studier

De ti studiene som ble vurdert som aktuelle i forhold til min problemstilling, var av varierende design og utforming. Fire av studiene var litteratursøk med hensikt i å lage retningslinjer eller kunnskapsoppsummeringer. To av studiene var ex post facto, det vil si at det ble utført analyser av eksisterende data. Forskerne i studien kan da ikke endre variablene i det de undersøker, det vil si at undersøkelsen starter etter noe allerede er skjedd. To andre studier var randomiserte kontrollerte studier. En studie var tverrsnitt design og en av studiene var en naturalistisk studie med sammenligningsstudie. Av de tre studiene jeg har systematisk analysert, var den ene litteratursøk med hensikt i å lage en retningslinje, den andre en randomisert kontrollert studie og den siste en ex post facto studie. I de studiene hvor det var nevnt, varierte deltagermassen fra 14 til 252 deltagere. I den aktuelle randomisert studien var det 120 deltagere og i den aktuelle post facto studien var det 247 deltagere. I retningslinjen er det ikke systematisk beskrevet antall deltagere og det er vanskelig å vurdere hvorvidt undersøkelsene er store nok til at man kan generalisere ut fra dem. Seks av studiene er fra USA, en fra Brasil, en fra Portugal og to fra Tyskland, hvilket kan ha påvirkning på overføringsverdien til Norge. Jeg har under metodekapittelet drøftet potensielle feilkilder i de tre studiene jeg har analysert. Ni av de ti studiene omfatter pasienter med alkohollidelser, fra risikopasienter til alkoholmisbruk og alkoholavhengighet. I en av studiene hadde 49 % også kokainavhengighet (McKay et al., 2011). Jeg valgte å ta med denne undersøkelsen da resultatene skiller godt mellom de med rent alkoholmisbruk og de med blandingsmisbruk. I studien til Pombo, Figueira, DaCosta & Lesch (2015) ble det inkludert pasienter med psykiske lidelser. De har begrunnet og beskrevet godt hvorfor det var hensiktsmessig, jeg valgte derfor å ta med studien videre. Alle studiene jeg har inkludert har hatt som mål å finne ut eller oppsummere hva som er effektiv behandling for alkoholavhengige. I studien av kjønnsforskjeller og depressive symptomer fra Lau-Baracco, Skewes & Stasiewicz (2008), måles ikke effekt direkte, men sier noe om hva som vil være hensiktsmessig å ta med inn i behandling for kvinner med alkohollidelser. I studien til

Pombo, Figueira, DaCosta & Lesch (2015) om alkoholtypologier sier de noe om hvilke pasienter som ikke vil ha effekt av standard behandling og kommer med behandlingsråd som de ikke har målt effekt på. I flere av studiene har pasientene medikamenter for alkoholavhengigheten sin. Jeg har måtte gå bort fra dette opprinnelige ekskluderingskriteriet da det viste seg å bli for utfordrende å skille hvilke studier som tillot bruk av slike medikamenter og hvilke som ikke gjorde det. Dette hensynet kan skape feilkilder, da det blir vanskelig å skille om det er behandlingen eller medikamentene som førte til rusfrihet.

6.1 Svakheter ved materialet

Dersom studiene har en for liten forskermasse, kan det være vanskelig å konkludere med evidens. Resultatene fra studien kan likevel ha klinisk relevans. To av studiene informerer at de har gjennomført studien kun på ett behandlingssted og kan dermed ikke fastslå definitiv evidens av effekten som er funnet. Dette gjelder blant annet for hjemmebesøk studien til Moraes et al. (2010) jeg har systematisk analysert. Studien rapporterer også om signifikant tap av deltagere underveis, noe som kan påvirke sluttresultatet. Flere av studiene, blant annet studien om hjemmebesøk, mangler oppfølgingsdata på studiene. På den andre siden kan det være vanskelig å gjennomføre oppfølgingsstudier av alkoholavhengige lang tid etter første behandling. Det kan ha vært gjennomført flere behandlinger, endringer i familiesituasjon kan ha oppstått, endringer i arbeidssituasjon og lignende, som kan påvirke like mye, eller mer, enn den opprinnelige intervensjonen. I flere av studiene var det et høyt antall pasientene som hadde høy utdanning, var gift og i fast arbeid. Dette kan ha påvirkning på overføringsverdien til pasienter med annen sosioøkonomisk bakgrunn. Studien om hjemmebesøk opplyser å ikke ha brukt biokjemiske markører for å kontrollere rusfrihet, men kun snakket med pasienter og pårørende. Dette kan være grunnlag for feilkilder. I de studiene som omhandler litteraturgjennomgang er det blandet hvor gamle forskninger de har benyttet seg av er. Forskning endrer seg samtidig med andre samfunnsendringer og det er dermed ikke sikker at en lignende studie hadde fått samme utfall tiår senere. Som nevnt, betyr ikke det nødvendigvis at eldre forskning ikke er gyldig lengre og mye ny forskning bygger på det som tidligere er funnet. En annen svakhet ved litteraturgjennomganger, er at analysene som er gjennomført i liten grad er beskrevet og det er dermed vanskelig å bedømme gyldigheten av den. I de tilfellene der flere intervensjoner oppstår samtidig er det

vanskelig å skille effekten av en intervensjon fra en annen, for eksempel dersom pasientene mottar kognitiv terapi og medikamenter samtidig.

6.2 Vurdering av materialet med hensyn til metodisk kvalitet

Studiene som har gjennomført litteratursøk med hensikt i å lage retningslinjer eller kunnskapsoppsummeringer, har rangert anbefalingene ut fra en grundig validering av funnene de har gjort. Det er gjort omfattende søk og de er godt beskrevet. De fleste studiene har en grundig og detaljert redegjørelse av metodene de har benyttet og er lette å kunne etterprøve. Noen av studiene har også oppfølgingsdata som gjør funnene sterkere. Selv om noen av studiene ikke er så tydelige på inklusjons- og eksklusjonskriteriene, har de fleste en gjennomgang av disse. Som beskrevet tidligere har en av oppgavene oppgitt at det er gjennomført en god opplæring og veiledning av behandlerne for å forhindre for store terapeutiske forskjeller.

6.3 Konklusjon over materialet

Som vi ser over har de inkluderte studiene både styrker og svakheter når det gjelder metodisk kvalitet. Ved siden av kvaliteten på studiene, må det også tas med i betraktningen at alle studiene er gjennomført i andre land. Det finnes flere kulturelle ulikheter internt mellom landene og i forhold til Norge, blant annet hvilke perspektiver de har på avhengighet. For eksempel kan vi se at USA i mye større grad benytter seg av manualbasert behandling, studiene derfra benytter seg dermed av strenge manualkrav under forskningen. USA er også preget av at behandling er kostbart og forutsetter gode forsikringsordninger. Dette kan som jeg nevnt i avsnitt 6.1, påvirke hvem som deltar i studier. Definisjonsbegreper som ettervern, poliklinisk behandling og forskjeller mellom spesialisthelsetjeneste og kommune er ikke nødvendigvis det samme som i Norge. Som nevnt vil en heller ikke finne inndelinger som hvite mennesker, som er beskrevet i to av studiene.

Selv om det er vanskelig å dra konklusjoner ut fra et så begrenset materiale er det flere av studiene som er interessante å se videre på. MET trekkes frem flere steder som en effektiv tilnærming og den blir også vurdert til å være kostnadseffektiv. Spesielt i forhold til samarbeidet om somatisk helse og rus vil korte intervensjoner som MET og BI være spennende å sette seg mer inn i. Funnene kan tyde på at kognitiv terapi også er en virkningsfull tilnærming som noen pasienter kan ha god nytte av. I forhold til at flere i

poliklinikken holder på å ta en videreutdanning innen tilnærmingen, vil det å begrunne prioriteringene med evalueringsstudier kunne være nyttig. Som tidligere beskrevet vil det å vurdere forskning, kunne være et hjelpemiddel til å begrunne valg vi gjør, som en kvalitetssikring av praksis. Hjemmebesøksstudien er utført i Brasil og på mange måter ikke overførbart til vår kliniske hverdag. Konklusjonen i studien og i flere av de andre studiene, viser til at hjemmebesøk leder til høyere deltagelse, høyere abstinensrate og bedring tilknytning til familie og arbeidsliv. Dette vil kunne ha relevans og overføringsverdi i forhold til videre utvikling av tilbudet til poliklinikken. Kartlegging av reaktans, til tross for at det ikke ble funnet støtte for utfallsmål i poliklinisk behandling, kom frem til at det er ulikt nivå av reaktans hos pasienter i behandling. Det vil dermed kunne være hensiktsmessig å være oppmerksom på dette, i form av hvordan vi behandlere strukturer timene våre med pasientene.

7 Sammenstilling og variasjon over funn fra materialet

I denne delen av oppgaven vil jeg først sammenstille funnene fra de ti studiene jeg har inkludert, men veilederne fra de tre skandinaviske landene. Deretter vil jeg vurdere resultatene opp mot den kliniske hverdagen i poliklinikken og mulighetene vi har i forhold til funnene. I andre del vil jeg ta for meg kognitiv atferdsterapi sett i lys av et biopsykosialt perspektiv på avhengighet.

7.1 Sammenstillinger av inkluderte studier og de skandinaviske veilederne

Norge:

Den norske nasjonale faglige retningslinjen for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet kom i 2016 med anbefalinger for terapeutiske tilnærminger i rusbehandling (Helsedirektoratet 2016).

Motiverende intervju – MI, ble anbefalt ut fra klinisk kunnskap og brukerkunnskap. Samlet forskning ble ikke oppsummert på spørsmålet. Kleber et al. (2006) har etter en grundig forskningsoppsummering kommet frem til at MI sammen med Motivational Enhancement Training – MET, kan anbefales med betydelig klinisk sikkerhet. De viser blant annet til Project MATCH (1997) for støtte til sin anbefaling. De svenske retningslinjene anbefaler bruk av MET som høyeste anbefaling. Grunnlaget er at MET har god effekt og lav kostnad for effekt, både

ved individuell behandling og i gruppe. Project MATCH og flere mindre studier blir brukt som grunnlag for anbefalingene. MET kan sammenlignes med MI men er i større grad manualisert med antall sesjoner og innhold i hver sesjon, se avsnitt 3.3.4. Poliklinikken har, slik jeg ser det, god kompetanse for bruk av MI. Det er kun en av de ansatte som har videreutdanning innen tilnærmingen, men det har vært jevnlig internopplæring og mange har kunnskap om MI gjennom annen utdanning. Erfaringer fra bruk av MI er at pasienter som har hatt mange negative opplevelser, både fra det offentlige og privatpersoner, når det gjelder deres avhengighet til alkohol. For mange er det en ny opplevelse å bli møtt uten fordommer og med åpne refleksjoner. Vi opplever pasienter som tilsynelatende har vært lite motiverte for behandling tidligere, etterhvert åpner opp for et endringsønske når de blir møtt uten fordommer og en genuin interesse. Geyer et al. (2006), mener også at MI må være en del av behandling. De sier at anbefalingen er empirisk godt begrunnet, gjennom både metaanalyser og systematiske gjennomganger. Både retningslinjen, Kleber et al. (2006) og Geyer et al. (2006) vektlegger at effekten blir bedre når den benyttes sammen med andre tilnærminger. Poliklinikken har ingen kompetanse eller kunnskap om MET, ut fra funnene kan det tyde på at dette er en tilnærming vi bør opparbeide oss kjennskap til.

Kognitiv atferdsterapi - CBT anbefales ut fra samme begrunnelse som MI. Kleber et al., (2006) støtter bruk av CBT i behandling med samme sikkerhet som MI. Bruk av tilnærmingen støttes også av Geyer et al. (2006) med samme gode empiriske begrunnelse. McKay (2009), viser til en undersøkelse utført av Carroll et al. (2008) for støtte til sin anbefaling av CBT i behandling av rusavhengige. Lieb, Rosien, Bonnet & Scherbaum (2008) viser i sin studie av alkoholbehandling for eldre at CBT har en rekke veldokumenterte empiriske studier av høy kvalitet. De sier at det ikke finnes mye forskning på bruk av CBT og eldre, men viser til to randomiserte studier som viser til effekt for denne pasientgruppen. CBT anbefales i Sverige med bakgrunn i at den har god effekt og at den har lav kostnad om den tilbys som gruppebehandling. Effekten har blitt studert i ni randomiserte kontrollerte studier med til sammen 2932 personer. Som tidligere nevnt er det flere på poliklinikken som har eller holder på å utdanne seg innen kognitiv terapi. Tilbakemeldingen fra pasienter er ofte at de liker den strukturerte måten å arbeide på og at de greier å se sammenhenger de før ikke har kunnet se. Ut fra funnene i denne studien og retningslinjene, i tillegg til erfaringer fra

poliklinikken, kan det se ut til at kognitiv atferdsterapi er noe poliklinikken bør fortsette å satse på.

Mentaliseringsbasert terapi – MBT, anbefales i retningslinjene på samme grunnlag som de to foregående tilnærmingene. Bakgrunnen er at MBT har vist seg å ha stor effekt på psykiske lidelser, spesielt personlighetsforstyrrelser, og blir benyttet i rusbehandling ut i fra at mange pasienter har tilknytnings- og relasjonelle problemer. Jeg har ikke kommet over studier som omhandler MBT, hverken i de inkluderte eller ekskluderte studiene mine. MBT kommer fra en spesifikk type av psykodynamisk – orientert psykoterapi (Grohol, 2016). Det er ingen ved poliklinikken som har spesiell utdanning innen mentaliseringsbasert terapi. Ut fra de norske retningslinjene er dette en tilnærming vi bør vurdere i behandling av pasienter med tilknytnings – og relasjonelle problemer. Psykodynamiske tilnærminger er det funnet forskning på og vil bli redegjort for under eget punkt.

Musikkterapi anbefales i de norske retningslinjene til pasienter med rusavhengighet, dersom de ønsker det. Retningslinjene viser til at det er lite vitenskapelig dokumentasjon for musikkterapi som en del av rusbehandling, men at foreløpige statistiske analyser av symptomer som depresjon og angst, indikerer signifikante effekter med moderat til stor effektstørrelse. Det antas dermed at metoden kan være virkningsfull for ruspasienter med disse symptomene. Jeg har ikke sett studier som har vurdert musikkterapi i inkluderte eller ekskluderte studier. Vi har ingen ansatte med kompetanse innen faget, men ut fra retningslinjene er dette et felt vi bør holde oss oppdatert på, i forhold til ytterligere vitenskapelig dokumentasjon.

De norske retningslinjene foreslår at mindfulness-basert kognitiv terapi -MBCT og mindfulness-basert tilbakefallsforebygging - MBRP benyttes ved behov. Arbeidsgruppene har i noe grad sett på forskning, men ikke oppsummert samlet forskning. De svenske retningslinjene anbefaler mindfulness som FOU da de ikke har funnet studier som rapporterer tilstand og handling. Jeg har ikke funnet studier som omhandler mindfulness, men Kleber et al. (2006, s. 98) viser til at avslapningsøvelser ikke har effekt. Geyer et al. (2006) anbefaler avspenning, men ikke som behandling alene. Det er generelt ikke gått i detaljer på hvilke former av kognitiv terapi eller tilbakefallsforebygging som er vurdert i disse studiene, det kan dermed ikke utelukkes at mindfulness kan være en del av dem. Disse

tilnærmingene blir vurdert under egne punkter. Poliklinikken tilbyr ikke mindfulness – basert behandling.

12 – trinnsbehandling anbefales i de norske retningslinjene, flere av studiene som er inkludert i oppgaven og mange av de som ble ekskludert inneholder vurderinger angående 12 – trinnsbehandling. De svenske retningslinjene anbefaler 12 – trinnsbehandling som nest høyeste anbefaling ut fra god effekt og lav kostnad per effekt dersom den utføres i gruppe. Jeg har på grunn av oppgavens omfang valgt å ikke vurdere denne behandlingstilnærmingen nærmere. Mange av vurderingene omhandler selvhjelpsgrupper eller døgnbehandling, da oppgaven begrenser seg til poliklinisk behandling har jeg ikke tatt med disse resultatene.

Parterapi kan ifølge retningslinjene tilbys som felles behandlingstilbud for par, dersom begge parter har et rusmiddelproblem, men det opplyses at forskningsgrunnlaget er lavt. De har funnet noen holdepunkter for at atferdsorientert parterapi kan være virkningsfullt. Kleber et al. (2006), anbefaler ekteskaps- og familieterapi med betydelig klinisk sikkerhet. Dette gjelder spesielt for atferdsorientert terapi. Geyer et al. (2006) anbefaler par- og familieterapi etter en empirisk god begrunnelse fra metaanalyser og systematiske gjennomganger. De mener også at atferdsorientert behandling er bedre enn andre former, ut fra minst en randomisert kontrollert studie. Bruk av kontrakter og overvåkning av medikamenter støttes generelt ut fra kontrollerte studier og forløpsstudier. Poliklinikken tilbyr familiebehandling og har tilbud til pårørende. Familieterapien er systemisk rettet ved poliklinikken. Det blir per i dag ikke gitt tilbud om atferdsorientert terapi. Ut fra de positive funnene i studiene, antydes det at denne formen for familieterapi er noe vi bør undersøke videre. McKay (2009), viser til at den tilnærmingen med mest dokumentasjon på effekt er Behavioral Couples Therapy – BCT. En av de kontrollerte studiene han har med, viser til en studie som undersøkt parterapi mot ingen behandling, der terapi hadde gunstig effekt på alkoholinntak etter 18 måneder og bedre utfall for forholdet etter 30 måneder.

Familiebasert kognitiv atferdsterapi, som bygger på en systemisk forståelsesramme, anbefales av Sunhedsstyrelsen i de danske retningslinjene som en sterk anbefaling, men med begrenset tiltro til estimert effekt. De anbefaler også veiledning til pårørende som en sterk anbefaling med moderat sikkerhet på estimert effekt. Ingen av de gjennomgåtte studiene har spesifikt vurdert effekt av dette, men i flere av studiene er kontakt med pårørende gjennom hjemmebesøk, kontrakter mellom pasient og pårørende og kontakt i

forhold til intervju om avholdenhet, blitt nevnt med positiv omtale for både lavere drop – out og høyere nivå av abstinens. Det står ikke beskrevet hva de legger i ordet veiledning. Poliklinikken tilbyr behandling til pårørende etter at denne gruppen fikk egne pasientrettigheter.

Treningsterapi anbefales i de norske retningslinjene. Det konkluderes med et lavt forskningsgrunnlag men at det kan se ut til at det *reduserer akutt sug, gir alternative indre belønningsstimuli; virker humørregulerende; reduserer angst depresjon og stress; er sosialt; og gir mestring og økt tro på egne krefter* (Helsedirektoratet 2016). Geyer et al. (2006) støtter dette med å vise til at tallrike undersøkelser støtter de positive psykologiske virkningene av fysisk trening, men at det er utilstrekkelig metodisk kvalitet på tilgjengelige studier. Poliklinikken tilbyr trening både på helsestudio og i friluft. Det er ansatt en idrettspedagog som er ansvarlig for treningsopplegget. De fleste pasientene som deltar på dette tilbudet, er svært positive til effektene det gir på psykisk helse. En av pasienten uttalte at etter å ha ventet et år på å føle livsglede igjen, kom den endelig på toppen av et fjell. Ut fra funn i evalueringsstudiene og klinisk erfaring er dette et tilbud vi bør fortsette å gi til pasienten våre.

Danmark:

Community Reinforcement Approach - CRA anbefales over standard behandling for pasienter som er sosialt utsatte. CRA er en protokollbasert behandling som kan være hensiktsmessig i forhold til å styrke arbeidsdeltagelse, rusfritt nettverk og bedre familieliv. Tilnærmingen er ikke i bruk i Danmark, men formålet var å finne ut om det kan være virkningsfullt å innføre det. Kleber et al. (2006) viser til en undersøkelse der pasientene ble randomisert til CRA eller standard behandling, CRA gruppen drakk mindre, var mer hjemme, oftere på jobb og hadde færre innleggelser de neste 24 månedene. En undersøkelse som randomiserte pasienter til CRA, medikamenter eller standard behandling viste betydelig bedring på alle utfallsmål for CRA gruppen. En metaanalytisk gjennomgang fant middels effekt for CRA kombinert med ekteskapsterapi. CRA anbefales i de svenske retningslinjene med bakgrunn i at den har god effekt og at den har lav kostnad om den tilbys som gruppebehandling. Effekten ble blant annet vurdert i en metaanalyse fra 2004 som inkluderer to studier med 343 deltagere hvor CRA ble sammenlignet med standard behandling. Uten å ha for stor kjennskap til denne behandlingstilnærmingen kan det virke

som dette er et tilbud som ofte blir gitt av rustjenestene i kommunene i Norge og ikke spesialisthelsetjenesten. Ut fra de funnene jeg har sett på, kan det virke som tilnærmingen er virkningsfull for denne gruppen pasienter.

Ettervern i form av telefonoppringninger eller gruppedeltagelse etter primærbehandling anbefales, men det poengteres at kvaliteten av evidensen er lav og at det ikke er funnet signifikant effekt. Kleber et al. (2006) har derimot kommet frem til at involvering i ettervern hadde mer å si enn lengde på innleggelse, nevropsykologisk funksjon, drikkenivå før behandling og sosial stabilitet. Han viser til flere studier blant annet en undersøkelse som sjekket obligatorisk, frivillig og ingen deltagelse i ettervern, der begge de første gruppene hadde lavere tilbakefallsprosent. Poliklinikken tilbyr etterverngrupper til pasienter som er ferdige med sin primære behandling i poliklinikken. De danske retningslinjene fremhever at det er lav kvalitet av evidensen, mens Kleber et al. (2006) fremhever store fordeler med tilbudet. Pasienterfaringer tilsier at pasienten våre også er delt i sin oppfatning. Noen pasienter har deltatt i gruppe i mange år etter oppnådd rusfrihet og sier dette hjelper dem til å huske på hvorfor de ikke skal tilbake. Andre opplyser å være behandlingstrøtt og opplever å ha lite igjen for deltagelse. Gruppeterapeutene sier at deres oppfatning er at det generelt sett går bedre for pasienter som deltar i ettervern, i form av rusfrihet over lengre tid.

Sverige:

Tilbakefallsforebygging – relaps prevention (RP), anbefales sammen med CBT i de svenske retningslinjer. Det kan virke som at RP ofte blir trukket inn i andre behandlingsformer og derfor sjeldent er vurdert som egen tilnærming. Kleber et al. (2006) viser til en metaanalyse som fant en effektstørrelse på 0,27 ut fra fem studier. McKay (2009) finner i to studier at RP har bedre effekt enn ingen behandling og enn standard behandling. Det har vært utfordrende å finne ut hva de ulike studiene og retningslinjene legger i begrepet relaps prevention, men det blir ofte benevnt som en kognitiv atferds tilnærming. Brumoen (2010) viser til Marlatts tilbakefallsforebyggingsmodell for alkohol og illegale rusmidler (Relapse Prevention, RP-model, Marlatt, 1985) som dominerende i litteraturen både i USA og Europa. Han sier videre at modellen har mye til felles med bygging av mestringstillit som er en norsk metode for tilbakefallsarbeid. Det er denne modellen en stor del av poliklinikken har opplæring og sertifisering i. Vi opplever ofte at pasienter får «a-ha» opplevelser med å bruke

denne metoden. De og behandler får sammen en større forståelse av hvorfor tilbakefall skjer og det erfares at mye skam slipper taket gjennom å arbeide på denne måten.

Social behaviour network therapy - SBNT anbefales med en vurdering av svært god effekt. Tilnærmingen bygger på en integrering av ulike tilnærminger som CBT, nettverksterapi og sosiale aspekter av CRA. Poliklinikken tilbyr nettverksterapi og kognitiv terapi som en del av et helhetlig tilbud, men det er ikke satt i system på samme måte som SBNT. Parterapi kan også være en del av behandlingen. Tilnærmingen har blitt vurdert ut fra en randomisert kontrollert studie av 766 personer med alkoholproblem. SBNT hadde effekt på nykterhet, alkoholkonsum og alkoholrelaterte problemer. Effekten var likeverdig med MET. Jeg har ikke funnet studier i mine søk som omhandler SBNT. Poliklinikken har ingen kjennskap eller kompetanse på metoden, men det kan se ut som at elementer av den, på samme måte som CRA, blir benyttet i kommunal regi.

Psykodynamisk/interaksjonell terapi ble rangert til en firerplassering ut fra at tiltakene ser ut til å ha positiv effekt, men at det vitenskapelige grunnlaget er begrenset. De har benyttet seg av tre randomiserte studier med 249 pasienter i poliklinisk behandling. Kleber et al. (2006) vurderer at ikke - kontrollerte kvalitetsstudier er mer positiv til effekt og at det kan være vanskelig å vurdere metoden på grunn av lengde på behandling og manual. Geyer et al. (2006) anbefaler en psykodynamisk tilnærming, men ikke klassisk psykoanalyse. Begge våre psykologer er utdannet innen en psykodynamisk tilhørighet, klassisk psykoanalyse blir ikke benyttet på poliklinikken.

Kort intervensjon - BI med MI får lavest rangering på anbefalingene da det vitenskapelige grunnlaget er for lavt. Det kan være uklare linjer mellom kort intervensjon og utvidet kort intervensjon, som for eksempel MET. Retningslinjene viser til Cochrane sammenstillinger som viser til god effekt, men at det mangler utdyping om dette også gjelder for mennesker med alkoholdiagnose. Det samme gjelder for sentrale metaanalyser. Kleber et al. (2006) bekrefter at BI trenger mer forskning, men at det ser ut til å ha bedre effekt enn ingen behandling og øker effekten på senere behandling. Kleber viser også til at i 22 av 31 kontrollerte behandlingsstudier ble BI vurdert til å være effektiv. Lieb, Rosien, Bonnet & Scherbaum (2008), viser til Project GOAL som randomiserte mennesker over 65 år med risikodrikking i to grupper. Begge fikk bøker om sunnhetstips. Den ene gruppa fikk i tillegg to timer av ti til femten minutters varighet, samt to oppfølgingstelefoner. Etter 12 måneder

hadde intervensjonsgruppen betraktelig redusert alkoholinntaket sitt. Poliklinikken har ikke arbeidet med BI, men ut fra studienes funn det ser ut til at det kan være en behandlingstilnærming vi bør undersøke nærmere, spesielt i forhold til somatisk helse og rus.

Cue exposure (eksponeringsterapi) ble undersøkt sammen med CBT og rangert som «ikke gjør» da det ikke kan dokumenteres effekt. Det kan se ut om CBT er like effektiv uten cue exposure og det finnes for lite forskning på temaet. Geyer et al. (2006), støtter denne anbefalingen og vurderer det til at eksponeringsterapi generelt ikke kan anbefales på grunn av manglende data. Dersom en fortsatt ønsker å benytte seg av tilnærmingen skal det være for å høyne mestringskompetansen i passende risikosituasjoner i hverdagen. Poliklinikken tilbyr eksponeringsterapi til våre pasienter, men ikke i forhold til alkohol.

7.2 Perspektiver på rusbehandling i forhold til kognitiv terapi

Jeg ønsker i denne delen av analysen å se på sammenhengen mellom en av de anbefalte metodene for behandling av mennesker med alkoholavhengighet og perspektiv på rusavhengighet. Jeg har valgt kognitiv terapi og et biopsykososialt perspektiv. Kognitiv terapi har jeg valgt ut fra at det får gode resultater i forhold til effektmål. I tillegg er det flere i poliklinikken holder på å ta en videreutdanning innen dette. Ut fra målsettingen om å vitenskapelig styrke klinisk praksis i poliklinikken, mener jeg det er rasjonelt å vurdere denne tilnærmingen. Biopsykososialt perspektiv har jeg valgt ut fra at det er dette perspektivet på avhengighet poliklinikken arbeider ut i fra, noe som gjør det aktuelt ut fra problemstillingen. Kort oppsummert kan det biopsykososiale perspektivet på avhengighet deles opp i tre deler; det biologiske, som handler om endringer i hjernen og kroppen, det psykologiske, som handler om det som skjer opplevelsesmessig, og det sosiale, som omhandler det som skjer i livet (Hole, 2014). Stallvik (2011, s. 111) hevder at det er konsensus på at det er *den komplekse interaksjonen mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som bidrar til utvikling og opprettholdelse av rusavhengighet*. Hun sier videre at modellen gir klinikere rammer for hvordan behandlingen som gis skal utvikles og at hvert enkelt individ ivaretas med denne tilnærmingen til rusavhengighet. Spørsmålet blir da hvordan disse delene kan ses i sammenheng med behandlingstilnærminger som kognitiv terapi?

Ettelt (2011, s. 250 - 251) trekker frem flere fordeler ved å benytte seg av kognitiv terapi i arbeid med mennesker med en rusavhengighet; personalet snakker samme språk, metoden kan benyttes i både gruppe- og individualterapi og det er et aktivt og medbestemmende perspektiv. Metoden er også både strukturert, tidsbegrenset og psykoedukativ. Hun trekker også frem at pasienter som har oppmerksomhetsproblemer ofte kan profitere på struktur og visuelle hjelpemiddel og at det er svært effektivt å se egne tanker nedskrevet. Vi opplever ofte med pasientene at de forholder seg til tankene sine på en annen måte når de ser dem skrevet ned. Et eksempel: Ole forteller at han drukket i helgen. Han satt på bussen og en av de han pleier å snakke med, hadde ikke hilst på han. Ole tenker at det er fordi noen har fortalt gutten noe dårlig om ham, han dro derfor rett på butikken når han kom hjem og kjøpte øl. Behandleren skriver opp på tavla og spør om Ole kan tenke seg at det kan være at andre grunner til at gutten ikke hilste. De setter opp forslag på tavla sammen, for eksempel forslag som at gutten hadde kranglet med kjæresten eller gjort det dårlig på en prøve. Når Ole ser forslagene foran seg, sammen med egne tanker, kan han se en sammenheng mellom tidligere opplevelser, og tanker som automatisk dukker opp i lignende situasjoner.

Automatiske tanker er tanker som er integrerte i oss mennesker, vi stopper ikke opp og tenker over dem, de kommer av seg selv. Disse automatiserte tankene kan ofte være negative tanker om en selv (Ettelt 2011, s. 252 – 254). Et eksempel på dette kan være en pasient som skal i en samtale for å få seg en arbeidspraksis. Automatiske tanker som da kan komme er «Jeg er bare en rusmisbruker og er for dum til at de vil ha meg. Jeg har aldri greid å stå i en jobb før». Følelsen dette skaper kan være skam, usikkerhet og kroppslige reaksjoner som hjertebank og kvalme. Resultatet i en slik situasjon vil ofte være at pasientene ikke møter til samtalen. Fordeler med denne atferdsstrategien er at pasienten slipper å føle på skam over å ikke være bra nok eller slippe å bli avvist. Ulempen kan være dårlig samvittighet ovenfor veileder på NAV, rusug og økt tankekjør. I kognitiv terapi kan disse elementene av prosessen bli synlige. Pasienten kan da arbeide med alternative tanker, som kan støtte pasienten og bringe dem videre. For eksempel kan pasienten komme frem til at «Arbeidsgiver har jo fått informasjon om bakgrunnen min og ønsker likevel å møte meg. Jeg drikker ikke lengre og greier å følge avtaler på en annen måte nå». I forhold til debatten om rasjonell eller ikke rasjonell avhengighet i det biopsykososiale perspektivet, kan en kjenne igjen denne prosessen. Der ser vi at det på den ene siden kan rusmisbruket betraktes

som rasjonelt ved at det først gir få konsekvenser og stor positiv effekt, etterhvert vil videre bruk forhindre ubehaget når man for eksempel avstår fra alkohol, avhengigheten er dermed hele tiden rasjonell. På den andre siden vurderes goder som er nære mer positivt enn fjerne, jamfør eksemplet med alkohol nå eller jobb om et halvt år. Gjennom den sosiale delen av biopsykososialt perspektiv (avsnitt 3.1.3.3), kan man se at det å ikke føle seg verdig, kan vedlikeholde en manglende tilkobling til samfunnet.

Hvilke tanker som utløses handler om pasientenes erfaringsbakgrunn, selvbilde og selvfølelse. Negative og automatiske tanker er med på å opprettholde problemer som angst, depresjon og uhensiktsmessig atferd som for eksempel drikking (Ettelt 2011, s. 254).

Biopsykososialt perspektiv viser til dette som innlært atferd, der tanker og handlinger blir automatisert. I forhold til kognitiv terapi vil det være en fordel å sette opp en kognitiv kasusformulering, som et kart over pasientens psykiske landskap, som bidrar til å organisere innsamlede data. Kasusformuleringen viser sammenheng mellom negativ selvantagelse, leveregler og automatiske tanker (Ettelt 2015, s. 259). Her vil det blant annet skrives ned relevante barndomsdata, som for eksempel negative interaksjoner med foreldre, søsken eller lærere som devaluerte og kritiserte pasienten. Det gjøres en kartlegging av fysiske-, emosjonelle- og seksuelle overgrep, eller andre levekår som har bidratt til oppbygging av negativ selvantagelse. Biopsykososialt perspektiv vektlegger lidelse som årsak til avhengighet. Negative selvantagelser handler om grunnleggende tanker om seg selv, som «jeg er ikke verdt å bli elsket», «jeg ikke bra nok» eller «jeg er hjelpeløs». Videre i kasusformuleringen settes pasientens leveregler opp. Disse kan være både positive og negative og utviklet for å takle egen negativ selvantagelse. Utgangspunktet kan for eksempel være: «det er forferdelig å være dum». En positiv leveregel vil kunne være: «dersom jeg ruser meg, blir jeg ikke så nervøs og greier å si smarte ting». En negativ leveregel vil kunne være uten at man er utadvendt og sier ting kjapt, er jeg en dum person. En kan også sette opp kompensatoriske strategier, det vil si atferd pasienten har for å takle negativ selvantagelser. For eksempel vil pasienten unngå sosiale situasjoner eller drikke for å føle at han er kjapp i replikken og dermed fremstår mer intelligent. Problemet for pasienten ved en slik strategi kan være at det bare forsterke pasientens negative selvantagelse, da pasienten kanskje ikke greier å følge samfunnets normer for hvordan man skal drikke. Under det biopsykososiale perspektivet har jeg vist til det sosiologiske perspektivet gjennom

tilbaketrekking dersom man ikke har behersket den sosialt akseptable måten å drikke alkohol på. For eksempel kan det å nyte alkohol i helgene oppfattes som bruk, mens drikking i ukedagene oppfattes som misbruk. Det å styrke relasjon til samfunnet, gjennom arbeidsliv, utdanning og kontakt med andre mennesker, anses som viktig i et slikt perspektiv.

Som bakgrunn for det hele ligger tanken om at det også rent farmakologisk skjer endringer i kroppen ved bruk av rusmidler. Blant annet at rusmidlet får posisjon som betydningsfull, på grunn av dopaminfrigjøring. Etter hvert vil gleden gå ned og nedstemthet oppstå, på grunn av at frigjøringen av dopamin synker. Ettelt (2011) viser til at negative tanker lettere kan ha tilgang til bevisstheten når man er nedstemt. Sett i sammenheng med biologien, har man da en vond sirkel. På grunn av disse endringene kan evnen til å treffe hensiktsmessige valg reduseres. Uheldige konsekvenser av valg blir vanskeligere å innse og impulskontrollen kan bli langvarig svekket. I forhold til eksemplet med pasienten som skal i jobbsamtale og kunnskapen om endringer i nevronnettverkene som styrer atferd, kan pasienten i utgangspunktet være dårligere rustet til å ta en god avgjørelse i en slik situasjon. Det vil derfor være essensielt at pasienten trener seg opp til å stoppe opp i en automatisk tanke og at han har lært teknikker i forhold alternative støttetanker. Jeg tenker at hjernens plastisitet heldigvis ikke bare endres når vi erfarer negative opplevelser, men også at nye forbindelser kan dannes og at disse forbindelsene med repetisjon kan bli oppfattet som de viktigste. Øie (2015) hevder at hjernen endres med erfaring og at relasjoner påvirker hjerneutvikling.

8 Refleksjon

I oppgavens siste del vil jeg drøfte funnenes relevans for utviklingen av tilbudet til pasientgruppen i poliklinikken. Jeg vil se på dette i sammenheng med den teoretiske forankringen min, før jeg oppsummer og ser på behovet for ny forskning.

8.1 Avsluttende refleksjon

Problemstillingen for oppgaven var hvordan vi kan benytte evalueringsstudier for å utvikle klinisk praksis. På grunn av oppgavens størrelse, kan jeg ikke trekke konklusjoner fra resultatene i studien. Det jeg har funnet, kan gi en pekepinn på om vi beveger oss i riktig retning og om det er tilnærminger vi bør fortsette å utforske. Jeg viste innledningsvis til at TSB er et ungt fagfelt som er forskningssvakt. Jeg henviste også til Rønnestad (2008), som påpeker at det vil ikke være mulig å komme med et fasitsvar på hva som er effektiv

behandling, men at man gjennom evalueringsstudier kan få en ide om hvilken retning en kan bevege seg videre i. Når jeg gjennom oppgaven søker svar på hvilken behandling som er mest gunstig for våre pasienter, mener jeg at det er viktig å huske på at selv om det foreligger få svar rundt en tilnærming eller at evidensen er svak, betyr det nødvendigvis ikke at behandlingen ikke er virkningsfull. Et spørsmål en kan stille seg i den forbindelse er, hvem bestemmer hva som skal forskes på? Jeg mener det foreligger konkurranse om forskningsressursene og pengesekken bestemmer i stor grad hva som kan forskes på. Legemiddelindustrien er kanskje et godt eksempel på dette. Forskningen har som hovedmål å skape overskudd til aksjeeierne og pasientene kommer på andreplass (Evans, Thornton, Chalmers & Glasziou, 2011, s. 123). Manglende forskning på tilnærminger, kan dermed være et resultat av manglende midler og ikke reflektere tilnærmingen som sådan.

Jeg har pekt på at de med en problematisk bruk av alkohol, kanskje har andre utfordringer enn ved annen rusavhengighet. Alkohol er et lovlig rusmiddel og det serveres i mange anledninger. Du trenger ikke å oppsøke ulovlige miljøer for å få tak i det, det holder å gå på nærbutikken for å kjøpe brød. Felles for de fleste med en avhengighet til rus, er at problemet sjeldent kommer alene. Utfordringer på mange områder av livet møtes i en ekstra utfordring til rus. Jeg har gjennom å redegjøre for et psykososialt perspektiv på avhengighet, vist til at rusbehandling i dag i stor grad er opptatt av at det er multidimensjonelle årsaker til at rusmisbruk oppstår og vedlikeholdes. Jeg har også vist til at perspektivet muligens overser noen årsakssammenhenger og at vi som behandlere må være oppmerksomme på at det kan være mange årsaker til at mennesker har vansker med å bryte med rusen og det miljøet de har befunnet seg i. Jeg har eksemplifisert dette med Smith – Solbakken & Tungeland (1997) sitt kulturøkonomiske perspektiv på avhengighet. Der tanken er at både økonomiske og kulturelle faktorer er like avhengighetsskapende som rusen i seg selv. Jeg mener at det biopsykososiale perspektivet inneholder så mye at det er en risiko for at det ikke blir benyttet i praksis. Erfaringsmessig vil jeg tørre å påstå at de fleste behandlere vet at det inneholder biologi, psykologi og sosiale aspekter, men at det i liten grad blir fokusert på hva det faktisk innebærer. Gjennom å redegjøre for perspektivet og vise til andre perspektiv, håper jeg å kunne stimulere til faglig refleksjon og diskusjon om årsakssammenhenger til at rusavhengighet oppstår og vedlikeholdes.

I avhengighetsperspektivene finner vi både individuelle og relasjonelle årsaker til avhengighet, det vises også i noen grad til samfunnsmessige årsaker. Jeg mener at det likevel er slik at individet er det som oftest får «skylden». Gjennom den historiske gjennomgangen viser jeg da til at da fokuset flyttet seg fra at alkohol var et familieproblem og et samfunnsproblem, til å bli et individ problem, økte bruken og skadevirkningene. Som beskrevet under diagnoser og diagnostisering, blir det heller ikke der tatt hensyn til relasjonelle utfordringer og diagnosen settes bare som vilkår av egne skader, ikke skader som påføres andre.

I kapittel 7.1 har jeg sett på de ulike funnene fra studiene sett i sammenheng med retningslinjene. Jeg har også vurdert resultatet opp mot eksisterende kompetanse eller manglende kompetanse på poliklinikken. Jeg vil videre i oppgaven se nærmere på hvordan tilnærmingen passer i forhold til min arbeidsvirkelighet, sett opp mot utviklingen av det polikliniske tilbudet ved TSB Molde.

Hva har vi tilgjengelig og hva sier funnene?

Kognitiv terapi og Motiverende Intervju har gjennom oppgavens funn og annen teori, blitt funnet lovende i behandling av denne pasientgruppen. Studien til Lieb, Rosien, Bonnet & Scherbaum (2008), hevder at kognitiv terapi også kan være en virksom metode for eldre. Studiene beskriver en gjennomsnittsalder på rundt 60 år, når de snakker om eldre alkoholavhengige. Tilnærmingene krever i noe grad utdanning, noe vi både har og holder på å få i poliklinikken. Grunnprinsippene kan også benyttes av de uten formell kompetanse, både gjennom kollegaveiledning og internundervisning. Selv om jeg gjennom oppgaven refererer til pasientgruppen/alkoholavhengige/mennesker med et problematisk forhold til rus, mener jeg det er viktig å huske på at dette ikke er en heterogen gruppe mennesker. I forhold til utviklingen av tilbudet på poliklinikken, ser jeg at disse to tilnærmingene i stor grad kan tilpasses og justeres ut fra både problemstillinger, utfordringer som kognitiv svikt og andre ulikheter mellom pasientene.

I forhold til tilbakefallsforebyggende behandling er det mange på poliklinikken som innehar kompetanse for bruk av denne tilnærmingen. Metoden ble ikke vurdert i mer enn noen få eksempler, men elementer av den er bygget inn i andre tilnærminger. Klinisk erfaring er at dette er en modell som både pasienter og behandlere finner nyttig. Ut fra funnene i

evalueringstudiene, kan dette være en tilnærming som bør undersøke nærmere for å se om det er noe vi skal satse på videre.

Par-, familie-, og pårørendebehandling har vi tilbud om i poliklinikken. Det er to familieterapeuter ansatt i klinikken, der en av dem arbeider i forskningsavdelingen. Etter hvert som forespørselen har økt, har noen av de andre behandlerne også fått pårørendepasienter. Alle behandlerne gjennomfører barnesamtaler og familiesamtaler, gjerne i samråd med familieterapeuter. Det ser ut til at denne gruppen pasienter er økende og at alle behandlerne i poliklinikken etter hvert må tilby par-, familie-, og pårørende behandling. Det er spennende at stort sett alle anbefalingene støtter seg til at det foreligger sterkest evidens på en atferdsorientert par-, og familiebehandling, da dette ikke er noe vi har hatt tradisjon for. I forbindelse med videre utvikling av poliklinikken er denne tilnærmingen noe som bør utforskes nærmere.

Treningsterapi tilbyr poliklinikken to ganger per uke i gruppebehandling. Av de funnene jeg har sett på er alle positive, men viser til at evidensen er svak i forhold til rusutfallsmål og at det mangler systematiske forskningsresultater. Den har i større grad vist seg virkningsfull i forhold til psykisk helse. Som jeg har påpekt handler rus sjeldent bare om rus. Både jeg og mine kollegaer erfarer at psykisk helse spiller en stor rolle i avhengigheten. Dahl (2011) viser til Martinsen (2004) når hun sier at treningsterapi har biokjemiske effekter: Monoaminer blir forandret ved depresjon. Det antas at monoaminsystemet blir påvirket med trening. Det samme gjelder for økning av dopamin. Det vil også kunne gi bedring av fysisk selvfølelse og kroppsbilde, beskytte mot belastende livserfaringer, være muskelavspennende og bidra til kreativ og problemløsende tenkning. Hun viser også til Nasjonalt folkehelseinstitutt (2006) som har kommet frem til at trening gir bedre søvn, bedre evne til å håndtere stress og kan motvirke angst og depresjon. Dahl trekker også frem at trening kan gi distraksjonseffekt ved at tanker stilner og en får distraksjon fra stressfulle stimuli. Ageringseffekt trekkes også frem ved at indre trykk reduseres ved at innelåste og ubearbeidede følelser blir agert gjennom fysisk trening. Hun oppsummerer med at dersom en person ikke er vant til å mestre, kan det å mestre treningen, gi styrket motivasjonen gjennom en følelse av fremgang. Det kan også bidra til å få øye på flere mestringsområder. En gjennomgående tilbakemelding fra pasientene på poliklinikken er at treningen er viktig for å greie å holde seg rusfrie og «finne tilbake til seg selv». Pasienter som har vært rusfrie over flere år, rapporterer at trening blant

annet har en viktig rolle for å håndtere vanskelige følelser, i stedet for å benytte alkohol til følelsesregulering.

Hva har vi tilgjengelig, som funnene ikke sier noe om?

Vi har allerede flere behandlere som har utdanning innen traumebehandling og det er flere som skal i gang med en slik utdanning høsten 2017. Klinisk erfaring tilsier at en stor del av pasientene har vært utsatt for traumer, enten fra barndom eller fra et liv i rus. Noen av dem opplever også til å bli re-traumatisert gjennom det livet de lever. Flere av pasientene våre er diagnostiserte med traumediagnoser. Ingen av funnene jeg har sett på har inneholdt vurderinger av traumebehandling. Min mening er at det kan være vanskelig å jobbe med rusavhengigheten sin dersom en har ubehandlede traumer. En stor multisenterstudie fra 2008, gjennomførte kartlegging av 459 behandlingssøkende pasienter viste at ¼ av pasientene hadde posttraumatisk stresslidelse – PTSD. Av disse var det 15 % som hadde alkoholavhengighet. Studien konkluderte med at PTSD gir økt risiko for at rusbehandling får negativt utfall. (Driessen et al., 2008). Skjøtskift (u.å.) ved Haukeland universitetssykehus hevder at traumebehandling gir dokumentert effekt i rusbehandling.

Vi har også behandlere med utdanning innen kunst og uttrykksterapi, som er en kreativ tilnærming til den terapeutiske prosessen. Dette er en behandlingsform som lite blir benyttet i den kliniske hverdagen og som jeg har lite kunnskap om virkningen av. Ved å benytte oss av evalueringsstudier, kan vi undersøke nærmere om vi i større grad bør benytte oss av tilnærmingen i en utvikling av tilbudet.

Hva antyder funnene, som vi ikke har?

Jeg har også gått gjennom behandlingstilnærminger som er beskrevet i funnene, men som vi ikke har kompetanse på i klinikken. Kort oppsummert var det mentaliseringsbasert terapi (MBT), mindfulness, 12 – trinnsbehandling, musikkterapi, Community reinforcement approach (CRA), som er en nærmiljøbasert forsterkningsmodell, Motivational Enhancement Therapy (MET), som er en manualbasert motivasjonsstyrkende behandling, med elementer av motiverende intervju. Brief Intervention (BI) som er en kort intervensjon. Social behaviour network therapy (SBNT), som er vokst ut fra CRA, men med fokus på sosial støtte i rehabiliteringsprosessen. Contingency management, definert som læringsbasert rusbehandling og psykodynamisk terapi. Det vil si rusbehandling som handler om å

synliggjøre positive følger av abstinens eller negative konsekvenser av alkoholkonsum (Geyer et al., 2006). Av disse tilnærmingene er det MET og BI som skiller seg sterkest ut, i forhold til hvilke behov poliklinikken har for fremtiden. Poliklinikken tilbyr behandling til mange kommuner, med store avstander. Behandlingstilnærming som er virkningsfulle med få sesjoner, vil dermed kunne være nyttig både for oss og for pasientene. I tillegg vil tilnærmingene kunne være interessante i forhold til at vi i større grad skal inn å møte pasienter som er innlagt på somatisk sykehus. Videre bruk av evalueringsstudier kan være virksomme for å lære mer om virkningen av slike tilnærminger. I tillegg til pasientene som blir innlagt i somatikken, mottar poliklinikken av og til henvisninger for behandling over en kortere tidsperiode. Det kan for eksempel være pasienter som har vært på avrusning og snarlig skal tilbake til jobb. Skam og vanskeligheter med å forholde seg til eget bruk, samt vanskeligheter med å se for seg hvordan en praktisk skal greie å gjennomføre et behandlingsforløp ved siden av jobb og familie, kan stanse noen pasienter fra å søke hjelp hos spesialisthelsetjenesten. Dersom poliklinikken kunne tilby en virkningsfull behandlingstilnærming av kortere varighet kan det være at vi i større grad kan nå denne gruppen pasienter. Ut fra erfaring kan en kan gå ut fra at det bare er en liten prosentandel mennesker med alkoholavhengighet eller alkoholmisbruk som faktisk er i behandling i dag. Jeg mener det derfor er et behov for å utvide den tradisjonelle tenkningen om hva og hvor lenge behandling skal foregå. Det er også mulig å se for seg at en del pasienter vil kunne ønske videre behandling, når det er behov for det, etter disse behandlingene. Det kan tenkes at det også vil være lettere for fastleger å «selge inn» et slikt tilbud til pasienter de mener er i risikosituasjoner for å utvikle en større avhengighet. Evalueringsstudier vil kunne være et godt redskap for videre undersøkelser om effekten av å tilby en slik behandling.

Hva antyder funnene om effekt av «ikke – behandlingstilnærminger»?

Med «ikke – behandlingstilnærminger» mener jeg elementer som ikke er en modell, men som indirekte har betydning for annen behandling. Ettervern og etterverngrupper kan inneholde mange ulike tilnærminger. Dette er et tilbud vi har til våre pasienter. Som vist under gjennomgangen av funnene er det delte meninger om hvor virksomme slike tiltak er. Funnene i ulike studier rangeres fra svak anbefaling, til å ha mer å si enn behandling enn lengden på innleggelse, nevropsykologisk funksjonering, drikking før behandling og sosiale stabilitetstiltak. Ettervern i form av telefon, ser i en av studiene til å ikke være virkningsfull

etter at man avslutter tilbudet (McKay et al., 2011). Det kan virke som at det er ulikheter mellom hvordan vi definerer ettervern og hvordan det defineres i for eksempel USA. Uten å gå dypere inn i evalueringsstudier spesifikt for dette temaet, er det vanskelig å si noe om hvorvidt vi bør satse på en annen tilnærming i tilbudet om ettervern.

Hjemmebesøk utføres i dag i poliklinikken i noe grad. På grunn av store avstander, kapasitet og tid, er dette ikke noe vi tilbyr som standard tilbud, men blir vurdert i hver enkelt sak. Alle studiene som omtaler hjemmebesøk, vurderer dette som et virksomt tiltak. Det vises blant annet til lavere frafall i behandlingen, bedring for pårørende og for pasientens relasjoner og til bedre utfall i forhold til inntak av alkohol. Ut fra funnene i studiene vil det være interessant å se på hvordan vi organiserer tilbudet vårt og om inkludering av hjemmebesøk i større grad bør implementeres i behandlingen. Det må nevnes at mange av pasientene våre har kommunal oppfølging, som i større grad er hjemme hos pasientene.

Aleksitymi og emosjonell dysregulering blir i en liten studie med 14 deltager vurdert til å ha innvirkning på hvor godt pasientene greier å nyttiggjøre seg av behandlingstilbudet.

Aleksitymi definerer jeg etter Krentzman, Higgins, Staller & Klatt (2015) som vansker med å identifisere, navngi og uttrykke følelser. Jeg benytter også deres definisjon på emosjonell dysregulering som en mer omfattende vanskelighet med å modulere følelser og bruke emosjonelle signaler på en tilpasset måte. Forfatterne mener at en stor andel av pasienter med alkoholavhengighet har disse vanskene og at en mer hensiktsmessig behandling for disse tilstandene vil være viktig for videre behandling. Både jeg og mine kollegaer kan kjenne igjen at flere pasienter har vanskeligheter med å identifisere og handle på følelsene sine. Jeg har også hatt pasienter som forteller om problemer med å kjenne på og kjenne igjen ulike følelser. Dette har pekt seg ut spesielt hos pasienter som forteller at følelser ikke har vært akseptert i barndommen. En videre kartlegging av fenomenet kan derfor vise seg å være hensiktsmessig.

Studien om reaktans har jeg redegjort for under analysen. Hovedfunnene i studien var at pasienter med høy reaktans hadde dårligere utfall ved økt nivå av terapeutstruktur, enn de med lav reaktans i ettervernsettinger. Anbefalingene var at de som arbeidet med ettervern generelt skal unngå høy grad av undervisning, informasjonsgivning og kontroll av hvilke temaer som skal tas opp. Spesielt i forhold til pasienter med høy grad av reaktans (Karno, Longabough & Herbeck, 2009). Reaktansnivået kan derfor være hensiktsmessig å måle som

en del av inntaksvurderingen. Som nevnt under metodekapittelet har det vært diskutert i poliklinikken at noen pasienter har mer motstand mot å bli fortalt hva eller hvordan de kan gjøre noe. Vi har ikke hatt like mange utfordringer i forhold til dette når det gjelder pasienter i etterverngruppa. Dette kan ha sammenheng med at gruppa er lite styrt og pasientene selv velger tema. På denne måten styrker funnene metoden vi allerede benytter. Studien her har ikke funnet at fenomenet påvirker polikliniske pasienter, men at det er behov for mer forskning rundt temaet. Det vil kunne være aktuelt for oss å undersøke videre forskning på feltet og vurdere å innføre et selvrapporteringskjema som en del av oppstartsprosedyren.

En studie av kjønn og depressive symptom fant at kvinner drakk signifikant mer ut fra ubehagelige følelser og konflikter, og at menn drikker mer av sosialt press og positive følelser (Lau-Baracco, Skewes & Stasiewicz, 2008). Disse funnene var ikke signifikante. Studien viser til viktigheten av å trene på kommunikasjons- og konfliktløsningsferdigheter. Min erfaring er at konfliktløsning og kommunikasjon er en utfordring for mange av våre pasienter og det oppleves ikke å være preget av kjønnsforskjeller. Det skal sies at vi har et sterkt overtall av mannlige alkoholavhengige pasienter og at det kan være en del av forklaringen til at temaet ikke har blitt problematisert.

Jeg har også inkludert en studie om multidimensjonelle alkohol typologier (Pombo, Figueira, DaCosta & Lesch (2015). De trekker frem at klassifikasjonene for alkoholisme er for heterogene til å produsere prognostiske modeller for klinisk anvendelse. Poliklinikken benytter seg ikke av alkohol typologier. Det kan se ut til at dette er mer vanlig i andre land. Videre undersøkelser kan avdekke om dette er noe vi bør implementere i kartlegging av pasienter. Noe som taler positivt for en implementering er at det vil det være kostnadseffektiv for poliklinikken, dersom det viser seg at ulike undergrupper av alkoholavhengige har behov for andre typer oppfølging. Det vil også være positivt for pasientene at de blir plassert på riktig behandlingsnivå, for på den måten å unngå å bli en kasteball i systemet. På den andre siden er det beskrevet at disse pasientgruppene kan ha behov individuelle behandlinger, med for eksempel kognitiv trening eller en målsetting om skadereduksjon. I poliklinikken er det alltid pasientene som setter mål for behandlingen og alle får individuelt tilpasset behandling. Ut fra denne ene studien kan det virke som forskerne har tatt utgangspunkt i en mer manualisert behandling, der overføringsverdien vil være begrenset til poliklinikken.

8.2 Veien videre

Innledningsvis i oppgaven beskrev jeg noen av alkoholens skadevirkninger. Mørland og Waal (2016) viste i sin rangering at av 20 rusmidler kommer alkohol ut på en klar førsteplass. Jeg har også vist til at Verdens helseorganisasjon er kommet frem til at det er rundt 3,3 millioner dødsfall i verden årlig, som følge av alkohol. Storvoll et al. (2010) viste til SIRUS rapport som konkluderte med at alkohol medfører store problemer i samfunnet gjennom blant annet trafikkulykker, vold, problemer i arbeidslivet, problemer for barn og annen familie, dødsfall og tap av friske leveår. Til tross for dette oppsummerer Rehm et al. (2012) med at mindre enn 10 % av den europeiske befolkningen, som har en alkoholavhengighet, mottar behandling.

Jeg har i oppgaven gjort rede for hva poliklinisk behandling er i tverrfaglig spesialisert behandling - TSB. Jeg har vist til behovet for empiri i behandling av denne pasientgruppen og hva dette vil si for poliklinikken. Jeg har trukket frem aktuelle perspektiver på avhengighet og hvilken føring Norske, Svenske og Danske helsemyndigheter legger på rusbehandling. Jeg har gjennomgått fire aktuelle behandlingstilnærminger som finnes i poliklinikken i dag eller som det kan være aktuelt å innføre. Jeg har kort vist til ti evalueringsstudier som omhandler effekt av rusbehandling og mer inngående vurdert tre av disse studiene. Jeg har sett på hvordan funnene samsvarer med rådende retningslinjer og vurdert mulighetene til å benytte behandlingstilnærmingene på poliklinikken. Et av funnene har jeg vurdert i lys av et biopsykososialt perspektiv på avhengighet.

Det er mange tema som denne oppgaven ikke har hatt mulighet til å favne. Ved å inkludere flere søkeord kunne jeg ha dekket flere områder, men på den andre siden hadde jeg risikert å miste andre viktige funn.

En av utfordringene poliklinikken står ovenfor i fremtiden, slik jeg ser det, er at vi får flere eldre pasienter. Fysiske lidelser som følger alderdom og rus, som for eksempel alkoholdemens er det manglende kompetanse på i klinikken. Andre grupper som har blitt trukket frem med økning i alkoholinntak, er mennesker med høy utdanning og kvinner. Dette reiser flere spørsmål. Blant annet hvordan kan vi nå denne gruppen og om vi har kompetanse til å møte dem? Utfordringene vil kanskje være svært annerledes enn de vi møter i dag. Det er mulig å tenke seg at denne gruppen vil ha et slikt inntak av alkohol at det ikke umiddelbart blir vurdert som skadelig eller problemfylt, noe som igjen øker behovet for

å nå pasientene på en annen måte enn i dag. Knutheim (2011) ved Borgestadklinikken stadfester at det er et *...faktum at det er de "moderate" alkoholbrukerne som står for de fleste alkoholrelaterte skadene og sykdommene...*

Et annet område som opptar meg og mine kollegaer er pasientrelasjon. Vi legger stor vekt i poliklinikken på å bygge relasjon med pasientene våre og legger ofte vekk andre oppgaver for å bygge på dette vanskelig definerbare begrepet. Etter å ha gjennomgått over 300 studier, var det ingen studier som vurderte effekten av terapeutisk relasjon. Dette overrasket meg. Jeg kan tenke meg at noe av årsaken til dette er at det er vanskelig å måle relasjon gjennom randomiserte kontrollerte studier. Som et «motsvar» eller et tillegg til fokuset på effektforskningen ble det etablert en APA Division of Psychotherapy Task Force, psykoterapiutvalget (division 29) i den amerikanske psykologforeningens arbeidsgruppe, for *å identifisere, operasjonalisere og dele informasjon om empirisk støttet terapirelasjon* (Norcross & Hill, 2004 s. 19 – egen oversettelse). Noe av det som ble funnet virkningsfullt i studien var terapeutisk allianse. Dette beskrives å kunne oppnås gjennom enighet om terapeutiske mål, enighet om behandlingsoppgaver og styrken i forholdet. Empati er et annet trekk som fremheves. Terapeutens sensitive evne og vilje til å forstå tanker, følelser og følelser fra pasientenes synsvinkel. De fant at empati er knyttet til utfallet på grunn av at det tjener en positiv relasjonsfunksjon, er en korregerende emosjonell opplevelse, fremmer utforskning og meningsskapelse, samt støtter klientens aktive selvhelbredende innsats (Norcross & Hill, 2004 s. 20). Jeg vil ikke gå nærmere inn på temaet terapeutisk relasjon, men jeg ser at gjennom å fokusere bare på evaluering av behandlingstilnærminger, kan man gå glipp av viktig informasjon som gjelder den mellommenneskelige effekten av behandling. Temaet ville vært interessant å forsket videre på.

Evalueringsstudiene har i hovedsak vært studier fra storbyer. Det mangler sammenlignbare studier fra små byer med spredt befolkning, som er mer sammenlignbare med forholdene poliklinikken befinner seg i. I et videre arbeid kunne det vært interessant å få undersøkt eventuelle ulikheter nærmere.

9 Forkortelser

AA	– Anonyme Alkoholikere
APA	– American Psychiatric Association
ACT	- Acceptance and Commitment Therapy
BI	– Brief Interventions
CBT	– Cognitive Behavioral Therapy
CM	– Contingency Management
CT	– Cognitive Therapy
CT	– Conventional Treatment
CRA	- Community Reinforcement Approach
HV	– Home Visits
FOU	– Forskning og Utvikling
MBT	– Mentaliseringsbasert terapi
MBCT	– Mindfulness Based Cognitive Treatment
MBRP	– Mindfulness Based Relaps Prevention
MET	– Motivational Enhancement Therapy
MI	– Motivational Interviewing
PTSD	– Post Traumatic Stress Disorder
RP	– Relapse Prevention
SBNT	- Social Behavior Network Therapy
SST	– Social Skills Training
TAU	– Treatment as usual
TSB	– Tverrfaglig Spesialisert Behandling
TSF	- Twelve-step facilitation

10 Litteraturliste

Allen, J. P., Mattson, M. E., Miller, W. R., Tonigan, J. S., Connors, G. J., Rychtarik, R. G., ... Sturgis, E. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(1), 7-29. Hentet fra <https://iths.pure.elsevier.com/en/publications/matching-alcoholism-treatments-to-client-heterogeneity-project-ma>

Andresen, N. E. (2011) Motiverende samtale. Lossius, K (red.) *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care. A practical guide*. (3. utg.). Berkshire: Open University Press.

Becker, U., Deis, A., Sorensen, T.I., Groenbaek, M., Borch-Johansen, K. Muller, C.F. ... Jensen, G. (1996). Prediction of risk of liver disease by alcohol intake, sex, and age: A prospective population study. *Hepatology*. 23 (5). 1025 – 1029. DOI: 10.1002/hep.510230513

Brumoen, H. (2010). *Bygging av mestringsstillit – tilbakefallsforebygging*. Hentet fra <http://www.kommunetorget.no>

Crabbe, J.C. (2002). Alcohol and genetics: New models. *American Journal of Medical Genetics*. 114 (8). 969 – 974. DOI: 10.1002/ajmg.b.10984

Cutler, R B., Fishbain D. A. (2005). Are alcoholism treatments effective? The Project MATCH data. *BMC Public Health*. DOI: 10.1186/1471-2458-5-75

Dahl, T. (2011) Treningsterapi. Lossius, K (red.) *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>

De nasjonale forskningsetiske komiteene (sist oppdatert 2015). *Hva er forskningsetikk?*
Hentet fra <https://www.etikkom.no/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/hva-er-forskningsetikk/>

Dalen, M. (2008). *Validitet og reliabilitet i kvalitativ forskning*. Hentet fra
<http://www.uio.no/studier/emner/uv/isp/SPED4010/h08/undervisningsmateriale/ValiditetReliabilitetKvalitativForskning.ppt>

Drageset, S & Ellingsen, S. Forståelse av kvantitativ helseforskning - en introduksjon og oversikt. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2 (5). Hentet fra
<http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/viewFile/244/234>

Driessen, M., Schulte, S., Luedecke, C., Schaefer, I., Sutmann, F., Ohlmeier, M., ... Havemann-Reinicke, U. (2008). Trauma and PTSD in Patients With Alcohol, Drug, or Dual Dependence: A Multi-Center Study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 32(3). 481 – 488.
DOI: 10.1111/j.1530-0277.2007.00591.x

Edenberg, H.J. (2007). The Genetics of Alcohol Metabolism: Role of Alcohol Dehydrogenase and Aldehyde Dehydrogenase Variants. *Alcohol Research Current Reviews*. 30 (1). 5 -13.
PMCID: PMC3860432

Ettelt, S. (2011). Kognitiv terapi i rusbehandling. Lossius, K. (red.) *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Evans, I., Thornton, H., Chalmers, I. & Glasziou, P. (2011). *Testing Treatments - Better Research for Better Healthcare*. (2.utg.) London: Pinter & Martin Ltd

Fekjær, H. O. (2009). *RUS bruk, motiver, skader, behandling, forebygging og historikk*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Fekjær, H.O. (2012). *Hva er AVHENGIGHET? Et komplisert spørsmål*. Hentet fra
<http://www.fakjaer.org/Avhengighet.ppt>

Forsberg, E-M. (2003). Verktøykasse for etiske vurderinger. Ruyter, K.W. (red.) *Forskningsetikk. Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunnet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Geyer, D., Batra A., Beutel, M., Funke, W., Görlich, P., Günthner, A., ... Schmidt, L.G. (2006). AWMF Guideline: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. *Sucht*, 52 (1): 8 – 34.
- Harper, C. (2009). The Neuropathology of Alcohol-Related Brain Damage. *Alcohol & Alcoholism*. 44 (2): 136-140. DOI: <https://doi.org/10.1093/alcalc/agn102>
- Helse – og omsorgsdepartementet (2009). *Tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>
- Helsedirektoratet (2016). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no>
- Hole, G.O. (20h08) Kunnskapsbasert praksis: Kritikk på feil grunnlag? *Ergoterapeuten*, 01. Hentet fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/wp-content/uploads/2011/10/1271748ad73eabec07.pdf>
- Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Humeniuk, R, Henry-Edwards, S, Ali, R, Poznyak, V, & Monteiro, M. (2010). *Brief Intervention The ASSIST-linked Brief Intervention for hazardous And harmful Substance use*. Verdens helseorganisasjon. Hentet fra http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44321/1/9789241599399_eng.pdf
- Jacobsen, D. I. (2013). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. (2.utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jamtvedt, G. (2013). Systematiske oversikter om effekt av tiltak. *Norsk Epidemiologi*. 23 (2). 119-124. Hentet fra <https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/download/1632/1520>.
- Karno, M.P., Longabough, R & Herbeck, D (2009). Patient reactance as a moderator of the effect of therapist structure on posttreatment alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 70 (6). 929 – 936.

Kleber, H.D., Weiss, R.D., Anton Jr, R.F., George, T.P., Greenfield, S.F. Kosten, T.R. ... Ziedonis, D.M. (2006). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders. Second Edition*. American Psychiatric Association.

Knutheim, T. (2011). "Det går ikke an å lære gamle hunder å sitte". Hentet fra <http://tidliginnsats.forebygging.no/Artikler--Kronikker/Det-gar-ikke-an-a-lare-gamle-hunder-a-sitte/>

Krentzman, A.R., Higgins, M.M., Staller, K.M. & Klatt, E.S. (2015) Alexithymia, Emotional Dysregulation and Recovery From Alcoholism: Therapeutic Respons to Assesment of Mood. *Qualitative Health Research*. 25 (6). 794 – 805.

Kriz, S. & Solberg, B. (2010). *Kognitiv atferdsterapi*. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. Hentet fra <http://www.legeforeningen.no>

Kunnskapsbasert praksis (u.å.). *PICO*. Hentet fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>

Kunnskapsbasert praksis (u.å.). *RCT*. Hentet fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/rct/>

Kunnskapssenteret (2014). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Endret 01.2017. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Lau-Baracco, C., Skewes, M.C. & Stasiewicz, P.R. (2008). Gender differences in high – risk situations for drinking: Are they mediated by depressive symptoms? *Addictive Behaviors*. 2009. 34 (1). 68 – 74. Publisert online 2008. DOI: 10.1016/j.addbeh.2008.09.002

Lieb, B. Rosien, M., Bonnet, U. & Scherbaum, N. (2008). Alkoholbezogene Störungen im Alter – Aktueller Stand zu Diagnostik und Therapie. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*. 76 (2). 75 -85.

Lossius, K. (2011). Om å ruse seg. Lossius, K (red). *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Malt, U. (2014). *Klinisk*. Store medisinske leksikon. Hentet fra <https://sml.snl.no/klinisk>

McDonald, J.H. (2014). Power analysis. *Handbook of biological statistics*. (3. Utg). Baltimore: Sparky House Publishing. s. 40 – 44. Hentet fra <http://www.biostathandbook.com/power.html>

McKay, J.R. (2009). *Treating substance use disorder with adaptive continuing care*. Washington: American Psychiatric Association.

McKay, J.R., Van Horn, D., Oslin, D.W., Ivey, M., Drapkin, M.L., Coviello, D.M. ... Lynch, K.G. (2011). Extended telephone – based continuing care for alcohol dependence: 24 – month outcomes and subgroup analyses. *Addiction*. 106 (10). 1760 – 1769.

Medical Dictionary (2009). *Fisher exact test*. Hentet fra <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Fisher+exact+test>

Miller, W.R. Zwebe, A. DiClemente, C.C og Rychtarik, R.G. (1995) Motivational enhancement Therapy manual. A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Project MATCH Monograph Series Volume 2*. Hentet fra <http://www.motivationalinterviewing.org/sites/default/files/MATCH.pdf>

Moraes, E., Mendes de Campos, G., Figlie, N.B., Ferraz, M.B. & Laranjeira, R. (2010). Home visits in the outpatient treatment of individuals dependent on alcohol. *Addictive disorders & their treatment*. 9 (1). 18 – 31.

Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget

rea (2015). *Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. 4. reviderte utg. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Norcross, J.C. & Hill, C.E. Empirically Supported Therapy Relationships. *The Clinical Psychologist*. 57 (3). 19 – 24. Hentet fra <http://www.petercollorim.com/wp-content/uploads/2013/01/Norcross-2004-.pdf>

Pombo, S., Figueira, M.L., Da Costa, N.F. & Lesch, O.M. (2015). Multidimensional alcoholism typologies: Could they guide clinical practice? Results from a 3 – month prospective study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. Early online: 1 -11.

Project MATCH research group (1998). Matching patients with alcohol disorders to treatments: Clinical implications from Project MATCH. *Journal of mental health*. 7 (6): 589 – 602. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/09638239817743>

Prop. 15 S 2015–2016 (2015). *Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>

Rehm, J., D. Shield, K.D., Rehm, M.X., Gmel, G. & Frick, U. (2012). Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Toronto: Center for Addiction and Mental Health. Hentet fra https://amphoraproject.net/w2box/data/AMPHORA%20Reports/CAMH_Alcohol_Report_Europe_2012.pdf

Rossow, I., Makela, P., & Kerr, W. (2014). The collectivity of changes in alcohol consumption revisited. *Addiction*, 109(9), 1447-1455. doi: 10.1111/add.12520

Rønnestad, M.H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 45 (4). 444 – 454. Hentet fra http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=43727&a=2

Samoilow, D.K. (2007). Løsningsfokusede allianser: Løsningsfokusede terapi i lys av forskning om hva som virker i terapeutiske relasjoner. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 44 (9). 1107 – 1117. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=30926&a=3

Skretting, A., Bye, E.K., Vedøy, T.F., & Lund, K.E. *Rusmidler i Norge 2015*, Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS). Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2015/rusmidler-i-norge-2015/>

Skjøtskift, S. (u.å) *Hva nytter i behandling av alkoholavhengighet?* Hentet fra <http://legeforeningen.no/PageFiles/118225/Hva%20vet%20vi%20om%20det%20som%20nyt%20i%20behandling%20av%20alkoholavhengighet.pdf>

Smith-Solbakken, M og Tungland, E.M (1997): *Narkomiljøet. Økonomi, kultur og avhengighet*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Socialstyrelsen (2015). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*.

Hentet fra <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19770/2015-4-2.pdf>

Socialstyrelsen 2015. *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*.

Vetenskapligt underlag. Hentet fra

<http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nr-missbruk-beroende-vetenskapligt-underlag-2015.pdf>

Stallvik, M. (2011). Biopsykososial tilnærming til rusavhengighet. *Rusfag*. 1. 105 – 112.

Stallvik, M. (2015). *Assessing patients for optimal treatment by utilising and testing ASAM Criteria for substance use disorder and co-occurring psychiatric disorders. Validity of ASAM Criteria*. Doktorgrad. NTNU, Trondheim.

StatsDirect (u.å.). *Cox (Proportional Hazards) Regression*. Hentet fra

http://www.statsdirect.com/help/Default.htm#survival_analysis/cox_regression.htm

Statistisk sentralbyrå (1994). *Folkeavstemninger. Personer med stemmerett, deltaking i prosent og avstemningsresultat. 1905-1972*. Hentet fra

<http://www.ssb.no/a/histstat/tabeller/25-25-8t.txt>

Statistisk sentralbyrå (2017). *Alkoholomsetning, 4. kvartal 2016*. Hentet fra

<https://www.ssb.no/varehandel-og-tjenesteyting/statistikker/alkohol/kvartal>

Storvoll, E.E., Rossow, I., Moan, I.S., Norström, T., Scheffels, J., & Lauritzen, G. (2010). *Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol og tobakk*. Rapport 3. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2010/skader-og-problemer-forbundet-med-bruk-av-alkohol-og-tobakk/>

Sunhedsstyrelsen (2015). *National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed*. Hentet fra

https://www.sst.dk/da/nyheder/2015/~/_media/DA9C87FC4B3F490E8C480B5E692F125E.ashx

x

Svartdal, F. (2015). *Psykologiens forskningsmetoder. En introduksjon*. 4. utgave. Bergen:

Fagbokforlaget. Hentet fra <http://www.metoder.info/stat/statintro.html>

- Svendsen, L.F.H. (2014). *Praksis*. Store norske leksikon. Hentet fra <https://snl.no/praksis>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomassen, M. (2015). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tufte, P.A. (2000). *En intuitiv innføring i logistisk regresjon. Prosjektnotat nr. 8*. Hentet fra http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/sifo/files/file48351_arbeidsnotat08-2000web.pdf
- Verdens helseorganisasjon (1999). *ICD – 10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Verdens helseorganisasjon (2017). Noncommunicable diseases: the slow motion disaster. *Ten years in public health 2007-2017*. Hentet fra <http://www.who.int/publications/10-year-review/ncd/en/index4.html>
- Vaag, J (2009). Terapiformer: mentaliseringsbasert terapiformer. Hentet fra <http://www.psykologibloggen.no/?p=672>
- Walters, G.D. (2002). The heritability of alcohol abuse and dependence: A meta – analysis of behavior genetic research. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 28 (3). 557 – 584. DOI: 10.1081/ADA-120006742
- Weihe H.J.W. (2004). *Rus – Nytelse, lidelse og handling*. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Wisløff, F. & Graver, H.P. *Hva er kvalitet i forskningen?* Hentet fra <https://morgenbladet.no/debatt/2011/02/hva-er-kvalitet-i-forskningen>
- Øie, M.G. (2015) *Kognitive funksjoner ved psykiske lidelser og rusmisbruk: Hvordan forstå og tilrettelegge for vanskene?* Hentet fra <http://www.nevropsyk.org/content/download/44632/746390/file/%C3%98ie.pdf>

11 Vedlegg

11.1 Vedlegg A - Søkestrategi

Kontaktperson: Ragnhild Normann/ Ekstern

Søk: Astrid Nøstberg

Antall treff før dublettsøk: 357

Antall treff etter dublettsøk: 337

Avgrensninger: systematiske oversikter, språk (norsk, svensk, dansk, engelsk og tysk), siste 10 år

Pico-skjema:

Hva er spørsmålet som litteratursøket er ment å besvare?	Spørsmålet i PICO format				Kjente relevante studier
	Population (pasient)	Intervention (tiltak)	Comparison (sammenligning)	Outcome (utfall)	
Effekt av behandling for alkoholavhengige i poliklinikk	Akoholavhengige	Behandling i poliklinikk			

Database: Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present

Dato: 15.11.2016

Antall treff: 44

#	Searches	Results
1	Alcoholics/ or Alcoholism/ or Alcohol-Related Disorders/	81075
2	(alcoholism* or alcoholic?).tw.	76975

3	((abus* or addiction* or depende* or chronic or misus*) adj3 alcohol*).tw.	48965
4	or/1-3	141664
5	"Outpatient Clinics, Hospital"/ or Ambulatory Care/ or Ambulatory Care Facilities/ or Outpatients/ or "Day Care, Medical"/	87412
6	pol#clinic*.tw.	4469
7	((((outdoor or out door) adj clinic?) or ((outpatient* or out patient*) adj4 (clinic? or unit?))))).tw.	35112
8	ambulatory care.tw.	8262
9	(day hospital* or dayhospital* or day care* or daycare* or day clinic* or dayclinic*).tw.	13377
10	("day and night" adj3 (clinic? or hospital? or department* or unit?)).tw.	51
11	(((((twenty four or twenty-four) adj hour*) or twenty-four-hour* or 24h* or "24 hour*" or "24-hour*") adj2 (treatment* or care*))).tw.	4038
12	((ambulatory or outpatient* or out patient*) adj2 treatment*).tw.	9926
13	((outpatient* or out patient*) adj program*).tw.	757
14	or/5-13	142221
15	4 and 14	2954
16	limit 15 to "reviews (best balance of sensitivity and specificity)"	150
17	limit 16 to (danish or english or norwegian or swedish or german)	140
18	limit 17 to yr="2006 -Current"	44

Database: Embase 1974 to 2016 November 14

Dato: 15.11.2016

Antall treff: 80

#	Searches	Results
1	alcoholism/	117225
2	(alcoholism* or alcoholic?).tw.	100773
3	((abus* or addiction* or depende* or chronic or misus*) adj3 alcohol*).tw.	61290
4	or/1-3	183919
5	outpatient/ or outpatient care/ or outpatient department/ or exp ambulatory care/ or exp day care/ or day hospital/	267090
6	pol#clinic*.tw.	5240
7	(((((outdoor or out door) adj clinic?) or ((outpatient* or out patient*) adj4 (clinic? or unit?))))).tw.	53976
8	ambulatory care.tw.	9479
9	(day hospital* or dayhospital* or day care* or daycare* or day clinic* or dayclinic*).tw.	18105
10	("day and night" adj3 (clinic? or hospital? or department* or unit?)).tw.	80
11	(((((twenty four or twenty-four) adj hour*) or twenty-four-hour* or 24h* or "24 hour*" or "24-hour*") adj2 (treatment* or care*))).tw.	5525
12	((ambulatory or outpatient* or out patient*) adj2 treatment*).tw.	12746
13	((outpatient* or out patient*) adj program*).tw.	1009
14	or/5-13	300169
15	4 and 14	5172
16	limit 15 to "reviews (best balance of sensitivity and specificity)"	382
17	limit 16 to embase	157
18	limit 17 to (danish or english or norwegian or swedish or german)	135

19	limit 18 to yr="2006 -Current"	80
----	--------------------------------	----

Database: PsycINFO 1806 to November Week 1 2016

Dato: 15.11.2016

Antall treff: 220

#	Searches	Results
1	Alcohol Abuse/ or exp Alcoholism/	42264
2	(alcoholism* or alcoholic?).tw.	34723
3	((abus* or addiction* or depende* or chronic or misus*) adj3 alcohol*).tw.	33045
4	1 or 2 or 3	66183
5	Outpatients/ or exp Outpatient Treatment/ or Day Care Centers/ or Adult Day Care/ or Partial Hospitalization/	14745
6	pol#clinic*.tw.	252
7	((((outdoor or out door) adj clinic?) or ((outpatient* or out patient*) adj4 (clinic? or unit?))).tw.	8756
8	ambulatory care.tw.	986
9	(day hospital* or dayhospital* or day care* or daycare* or day clinic* or dayclinic*).tw.	7366
10	("day and night" adj3 (clinic? or hospital? or department* or unit?)).tw.	25
11	(((((twenty four or twenty-four) adj hour*) or twenty-four-hour* or 24h* or "24 hour*" or "24-hour*") adj2 (treatment* or care*))).tw.	199
12	((ambulatory or outpatient* or out patient*) adj2 treatment*).tw.	5884
13	((outpatient* or out patient*) adj program*).tw.	651

14	or/5-13	31626
15	4 and 14	1809
16	limit 15 to "reviews (best balance of sensitivity and specificity)"	568
17	limit 16 to (danish or english or norwegian or swedish or german)	533
18	limit 17 to yr="2006 -Current"	220

Database: Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) Issue 11 of 12, November 2016, Other Reviews (DARE) Issue 2 of 4, April 2015, Technology Assessments (HTA) Issue 4 of 4, October 2016, NHS Economic Evaluation Database (EED) Issue 2 of 4, April 2015

Dato: 15.11.2016

Antall treff: 48 (CDSR: 22, DARE: 11, HTA: 3, EED: 12)

ID	Search	Hits
#1	[mh ^Alcoholics]	9
#2	[mh ^Alcoholism]	2692
#3	[mh ^"Alcohol-Related Disorders"]	296
#4	(alcoholism* or alcoholic or alcoholics):ti,ab,kw	7182
#5	(alcoholism* or alcoholic or alcoholics) in Cochrane Reviews (Protocols only), Other Reviews, Technology Assessments and Economic Evaluations	460
#6	((abus* or addiction* or depende* or chronic or misus*) near/3 alcohol*):ti,ab,kw	3365
#7	((abus* or addiction* or depende* or chronic or misus*) near/3 alcohol*) in Cochrane Reviews (Protocols only), Other Reviews, Technology Assessments and Economic Evaluations	436
#8	{or #1-#7}	8951

#9	[mh ^"Outpatient Clinics, Hospital"]	606
#10	[mh ^"Ambulatory Care"]	3238
#11	[mh ^"Ambulatory Care Facilities"]	460
#12	[mh ^Outpatients]	1069
#13	[mh ^"Day Care, Medical"]	291
#14	pol?clinic*:ti,ab,kw	104
#15	pol?clinic* in Cochrane Reviews (Protocols only), Other Reviews, Technology Assessments and Economic Evaluations	15
#16	((((outdoor or (out next door)) next (clinic or clinics)) or ((outpatient* or (out next patient*)) near/4 (clinic or clinics or unit or units)))):ti,ab,kw	4466
#17	((((outdoor or (out next door)) next (clinic or clinics)) or ((outpatient* or (out next patient*)) near/4 (clinic or clinics or unit or units)))) in Cochrane Reviews (Protocols only), Other Reviews, Technology Assessments and Economic Evaluations	504
#18	"ambulatory care":ti,ab,kw	4329
#19	"ambulatory care" in Cochrane Reviews (Protocols only), Other Reviews, Technology Assessments and Economic Evaluations	633
#20	((day next hospital*) or dayhospital* or (day next care*) or daycare* or (day next clinic*) or dayclinic*):ti,ab,kw	1685
#21	((day next hospital*) or dayhospital* or (day next care*) or daycare* or (day next clinic*) or dayclinic*) in Cochrane Reviews (Protocols only), Other Reviews, Technology Assessments and Economic Evaluations	326
#22	("day and night" near/3 (clinic or clinics or hospital or hospitals or department* or unit or units)):ti,ab,kw	0

#23	("day and night" near/3 (clinic or clinics or hospital or hospitals or department* or unit or units)) in Cochrane Reviews (Protocols only), Other Reviews, Technology Assessments and Economic Evaluations	0
#24	((("twenty four" or "twenty-four") next hour*) or "twenty-four-hour" or "twenty-four-hours" or 24h* or "24 hour" or "24 hours" or "24-hour" or "24-hours") near/2 (treatment* or care*)):ti,ab,kw	578
#25	((("twenty four" or "twenty-four") next hour*) or "twenty-four-hour" or "twenty-four-hours" or 24h* or "24 hour" or "24 hours" or "24-hour" or "24-hours") near/2 (treatment* or care*)) in Cochrane Reviews (Protocols only), Other Reviews, Technology Assessments and Economic Evaluations	56
#26	((ambulatory or outpatient* or (out next patient*)) near/2 treatment*):ti,ab,kw	1841
#27	((ambulatory or outpatient* or (out next patient*)) near/2 treatment*) in Cochrane Reviews (Protocols only), Other Reviews, Technology Assessments and Economic Evaluations	376
#28	((outpatient* or (out next patient*)) next program*):ti,ab,kw	152
#29	((outpatient* or (out next patient*)) next program*) in Cochrane Reviews (Protocols only), Other Reviews, Technology Assessments and Economic Evaluations	28
#30	{or #9-#29}	13856
#31	#8 and #30	514
#32	#31 in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols), Other Reviews, Technology Assessments and Economic Evaluations	91
#33	#32 Publication Year from 2006 to 2016	48

Database: Epistemonikos

Dato: 15.11.2016

Antall treff:

13 (1 Structured Summary, 12 Systematic Review)

title:(alcoholism* OR alcoholic* OR (alcohol* AND (abus* OR addiction* OR depende* OR chronic OR misus*))) AND (policlinic* OR "outdoor clinic" OR "outdoor clinics" OR "out door clinic" OR "out door clinics" OR outpatient* OR "out patient" OR "out patients" OR "ambulatory care" OR "ambulatory treatment" OR "ambulatory treatments" OR "day hospital" "day hospitals" OR dayhospital* OR "day care" OR daycare* OR "day clinic" OR "day clinics" OR "day AND night clinic" OR "day AND night clinics" OR "day AND night hospital" OR "day AND night hospitals" OR "day AND night department" OR "day AND night departments" OR "day AND night unit" OR "day AND night units" OR "twenty four hour treatment" OR "24h treatment" OR "24 hour treatment" OR "twenty four hour care" OR "24h care" OR "24 hour care")) OR abstract:((alcoholism* OR alcoholic* OR (alcohol* AND (abus* OR addiction* OR depende* OR chronic OR misus*))) AND (policlinic* OR "outdoor clinic" OR "outdoor clinics" OR "out door clinic" OR "out door clinics" OR outpatient* OR "out patient" OR "out patients" OR "ambulatory care" OR "ambulatory treatment" OR "ambulatory treatments" OR "day hospital" "day hospitals" OR dayhospital* OR "day care" OR daycare* OR "day clinic" OR "day clinics" OR "day AND night clinic" OR "day AND night clinics" OR "day AND night hospital" OR "day AND night hospitals" OR "day AND night department" OR "day AND night departments" OR "day AND night unit" OR "day AND night units" OR "twenty four hour treatment" OR "24h treatment" OR "24 hour treatment" OR "twenty four hour care" OR "24h care" OR "24 hour care")))) OR abstract:((title:((alcoholism* OR alcoholic* OR (alcohol* AND (abus* OR addiction* OR depende* OR chronic OR misus*))) AND (policlinic* OR "outdoor clinic" OR "outdoor clinics" OR "out door clinic" OR "out door clinics" OR outpatient* OR "out patient" OR "out patients" OR "ambulatory care" OR "ambulatory treatment" OR "ambulatory treatments" OR "day hospital" "day hospitals" OR dayhospital* OR "day care" OR daycare* OR "day clinic" OR "day clinics" OR "day AND night clinic" OR "day AND night clinics" OR "day AND night hospital" OR "day AND night hospitals" OR "day AND night department" OR "day AND night departments" OR "day AND night unit" OR "day AND night units" OR "twenty four hour treatment" OR "24h treatment" OR "24 hour treatment" OR "twenty four hour care" OR "24h care" OR "24 hour care")) OR abstract:((alcoholism* OR alcoholic* OR (alcohol* AND (abus* OR addiction* OR depende* OR chronic OR misus*))) AND (policlinic* OR "outdoor clinic" OR "outdoor clinics" OR "out door clinic" OR "out door clinics" OR outpatient* OR "out patient" OR "out patients" OR "ambulatory care" OR "ambulatory treatment" OR "ambulatory treatments" OR "day hospital" "day hospitals" OR dayhospital* OR "day care" OR daycare* OR "day clinic" OR "day clinics" OR "day AND night clinic" OR "day AND night clinics" OR "day AND night hospital" OR "day AND night hospitals" OR "day AND night department" OR "day AND night departments" OR "day AND night unit" OR "day AND night units" OR "twenty four hour treatment" OR "24h treatment" OR "24 hour treatment" OR "twenty four hour care" OR "24h care" OR "24 hour care"))))

OR "24h treatment" OR "24 hour treatment" OR "twenty four hour care" OR "24h care" OR "24 hour care") Last 10 years

11.2 Vedlegg B: Presentasjon av studiene

Studie 1: Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders.

Second Edition.

(Kleber et al., 2006).

Studien består av et omfattende litteratursøk og gjennomgang av evalueringsstudier for å identifisere alle randomiserte kliniske undersøkelser, mindre strenge designede kliniske forsøk og case serier der evidens fra randomiserte forsøk ikke var mulig å finne. Hensikten var å utforme en veileder for behandling av rusmiddelmisbruk. Veilederen er inndelt i egne kapitler for de ulike rusmidlene.

Noen av svarene ble inndelt i tre kategorier, anbefales med betydelig klinisk sikkerhet (I) anbefales med moderat klinisk sikkerhet (II) og kan anbefales ut fra individuelle omstendigheter (III)

Arbeidsgruppa har også noen anbefalinger som ikke er rangert og som går på tvers av alle rusmidlene: Omfattende psykiatrisk evaluering med rusmisbruk skal alltid utføres.

Kartlegging av rusmisbruk og effektene av misbruket på pasientens kognitive-, psykologiske-, atferdsmessige- og fysiologiske funksjon. Kartlegging av psykiatrisk behandling og utfall.

Kartlegging av familie- og sosialhistorie. Screening av blod, pust og urin for misbruk.

Kartlegging av andre laboratorietester for å se om andre tilstander som følger rusmisbruk er tilstede, samt å innhente tillatelse til å snakke med pårørende for tilleggsinformasjon.

Studiens hovedfunn:

Kognitiv atferdsterapi (CBT) (I) Det er rikelig med bevis for at CBT med mål om å styrke pasientens selvkontroll og sosiale ferdigheter konsekvent fører til redusert drikking.

Undergrupper av CBT strategier har stort sett vært positivt støttet, men med variabel grad av suksess. For eksempel fokus på å identifisere og modifisere mistilpassede tanker, men som ikke inkluderer en atferds komponent har ikke vært så effektiv. Kognitiv atferds stressmestrings intervensjoner, har vist seg effektiv i de fleste studiene. Økning av egen mestringsevne i slutten av behandling, predikerer bedre drikkeutfall på oppfølging. Ved økt

fokus på problemløsning eller mestring, gir det bedre utfall enn på de som planlegger å holde seg unna høyrisiko situasjoner. Forskning støtter bruk av CBT i grupper, men de har kommet frem til at pasienter med færre antisosiale personlighetstrekk eller med nevrologiske svekkelser tjente mer på interaksjonelle terapigrupper og de med høyere nivå av antisosiale personlighetstrekk og psykopatologi tjente mest på CBT grupper. Det er funnet positiv effekt av å matche pasienter til behandlings strategier.

Tilbakefallsforebyggende strategier: I en metaanalyse av tilbakefallsforebyggende terapi ble det funnet en effektstørrelse på 0,27 fra fem studier.

Motivational enhancement therapy (MET) (I): MET og motiverende intervju – MI, korte behandlinger som sikter på å maksimere pasientens ønske til endring, har vist seg effektiv. Den blir ofte brukt for å forsterke annen mer intensiv eller omfattende behandling. Forfatterne viser til Project MATCH der fire timer med MET gav samme resultatet som 12 timer med CBT.

Atferdsterapi: (I) Individuell atferdsterapi har vist seg effektiv for pasienter med alkoholmisbrukslidelser. Spesielt behandlinger som understreker positiv forsterkning for målrettet atferd. I motsatt ende har det blitt funnet at avslappingstrening, som er en atferdsbehandling som er mye studert, var ineffektiv i 17 av 18 kontrollerte studier (s 155).

Community reinforcement approach, CRA: denne metoden benytter seg av atferdsprinsipper og inkluderer vanligvis kombinert terapi, jobbtrening, rådgivning fokusert på alkoholfrie sosiale- og rekreasjonsaktiviteter, overvåking av medikamenter og en alkoholfri sosialklubb. Flere sammenlignbare forskninger er gjort mellom for eksempel CRA og normal poliklinisk oppfølging, disulfiram og standard sykehusbehandlinger, der CRA viser høyere resultat på alle utfallsmål. En meta-analyse dokumenterte medium effekt for CRA kombinert med parterapi.

Sosial ferdighetstrening: Innebærer fokusering på å lære ferdigheter til å forme og opprettholde mellommenneskelige forhold, være sta og avvise alkohol. Det er blitt funnet effektivt i 17 av 25 studier.

Psykodynamisk og mellommenneskelig terapi (III): Der er liten empirisk evidens fra kontrollerte studier at innsikts – orientert psykoterapi eller rådgivning, er en effektiv

behandling for alkoholmisbruk. Individuell psykoterapi fikk bedre resultat i 2 av 8 studier og gruppe i 2 av 11 studier. Det er vanskelig å drive med empirisk forskning på effekt av psykodynamisk behandling på grunn av lengden på behandlingen og vanskene med å utforme manualer. Det er funnet flere suksessfulle ikke - kontrollerte studier av individual pasienter, det ble nylig funnet støtte for behandlingen i 11 av 18 studier, men kvaliteten på studiene var generelt dårlige.

Brief interventions (BI): Generelt mer effektiv enn ingen behandling og gir økt effekt ved senere behandling. Selv svært få og korte intervensjoner gir resultat. Det må forskes mer på hvem som har mest nytte av en slik intervensjon.

Ekteskaps- og familieterapi: (I) Det har blitt funnet moderat effekt i 16 kontrollerte studier av ekteskaps atferdsterapi. I en annen oversikt viser fem av åtte en fordel med det samme, som en motsetning viser andre typer ekteskaps terapi undersøkelser bare effekt ved tre av åtte. Det er også funnet at slik behandling ikke bare er effektivt, men også kostnadseffektivt.

Ettervern: Involvering i ettervern viser seg å ha mer å si for utfall av behandling, enn lengden på innleggelse, nevropsykologisk funksjonering, drikking før behandling og sosiale stabilitets tiltak. Det er ingen forskjell i utfall ved obligatorisk eller frivillig deltagelse. Det er også funnet at hjemmebesøk gir bedre abstinensrate enn klinikkbaserte besøk.

[Studie 2:](#) Patient reactance as a moderator of the effect of therapist structure on posttreatment alcohol use.

(Karno, Longabough, & Herbeck, 2009).

Forfatterne viser til at stilen som terapeutene har under atferdsterapi for alkoholisme, har hatt økende fokus i empirisk forskning de senere år. Funnene fra undersøkelsene antyder at det terapeutene gjør har påvirkning på effektiviteten av behandling. De henviser til Project MATCH når de sier at selv om det kan være vanskelig å finne effekt av ulik type behandling for bestemte typer pasienter, ser det ut til at forskning på atferden til terapeuten kan gi verdifull informasjon til feltet. Reaktans i en psykologisk setting kan forklares med menneskers motstand til å få innskrenkelser av sin subjektive frihet. Hvor aktiv terapeuten er i direkte veiledning vil derfor kunne spille inn på effekten av behandlingen, ut fra i hvor høy grad av reaktans pasienten har.

De 247 deltagerne hadde alkoholmisbruk eller avhengighet og mottok behandling i poliklinikk eller ettervern. Pasientenes egenskap i forhold til reaktans og terapeutstruktur ble vurdert ut fra videoopptak av behandlingstimer. Variabler som abstinend dager, tunge drikke dager, tid før første drikkedag og tid før første tunge drikkedag ble vurdert gjennom ett år etter fullført behandlingsperiode. Pasienten fra ettervernbehandlingen kom i grupper lav reaktans 47 personer, medium reaktans 45 personer og høy reaktans 30 personer. Fra poliklinikken ble tallene 42, 46 og 37 personer.

Studiens hovedfunn:

I forhold til antall dager abstinent og antall dager med tunge drikkedager fant forskerne at ettervernpasientene med høy reaktans hadde dårligere utfall ved økt nivå av terapeutstruktur enn de med lav reaktans. I den polikliniske gruppen var økt terapeutstruktur ikke assosiert med signifikant utfall for noen av gruppene. Også i gruppen med lav og moderat reaktans var det negative effekter i ettervernbehandlingen. Forskerne greide ikke å finne at det var mulig å forutsi når pasienten kom til å drikke etter behandling, ut fra disse effektene.

Årsaken til forskjellene i gruppene kan komme av forventningene, når man nettopp har startet behandling er man kanskje mer åpen og forventer struktur i terapien, men etterhvert som man har vært i behandling en periode vil behovet for autonomi bli større. Mangelen på støtte for effekten i polikliniske settinger antyder at den negative effekten av strukturert behandling kan være begrenset til pasienter som er kommet lengre i rehabiliteringsprosessen.

Studiene viser at terapeuter generelt bør unngå forelesning, informasjonsgivning og kontrollere tema som skal tas opp med pasienten. Dette gjelder spesielt for pasienter med høy reaktans og det kan være nyttig å måle reaktansnivået til pasienten ved en oppstartsvurdering.

Studie 3: Home visits in the outpatient treatment of individuals dependent on alcohol.
(Moraes, Mendes de Campos, Figlie, Ferraz & Laranjeira 2010).

Målet til forskerne var gjennom en randomisert klinisk studie å sammenligne effekt, virker det, og effektiviteten, gagnar det, av konvensjonell poliklinisk behandling for

alkoholpasienter. Konvensjonell behandling (CT) og CT med hjemmebesøk (HV) ble sammenlignet. Deltagerne var 120 polikliniske pasienter i behandling for alkoholavhengighet. 89 pasienter fullførte behandlingen. Hovedutfallsmålene var tilslutning, avholdenhet og dager med forbruk. Andre resultater målt var livskvalitet, motivasjon for behandling, alvorlighetsgraden av problemer i områder av livet og kognitive svekkelser. CT behandlingen bestod av 20 psykoterapi gruppetimer, to ganger per uke, i 10 uker. Det ble benyttet kognitiv terapi, opptrening av mestringsferdigheter og tilbakefallsforebygging. Det var både planlagt behandling av pasientene og tema foreslått av pasientene etter den fastlagte terapien. Hjemmebesøkene besto av fire besøk på en time hver, med en ukes mellomrom, samt 10 timer med psykoterapi i gruppe.

Studiens hovedfunn:

Av de 31 pasientene som ikke fullførte behandlingen var det 22 pasienter fra CT og 9 pasienter fra CT med HV. Dette kan gi en indikasjon på at hjemmebesøk kan bidra til en lavere drop – out. Forskerne fant at det var en 78,2 % lavere risiko for at pasienter med hjemmebesøk skulle avslutte behandlingen. Det var ingen forskjell i forbruksmønster hos gruppene, men begge gruppene viste lavere alkoholinntak. Det var en økning i avholdsraten i begge gruppene, men litt høyere hos HV gruppen. Sammenligning mellom gruppene viste en litt bedre utvikling i det mentale aspektet for HV gruppen. Det var ingen signifikant effekt for noen av gruppene i forhold til fysisk aspekt, kognitiv lidelse eller pårørendes mentale helse. HV gruppen hadde signifikant nedgang med problemer rundt arbeidsdeltagelse, alkohol og familiære/sosiale områder.

Studie 4: Extended telephone – based continuing care for alcohol dependence: 24 – month outcomes and subgroup analyses.

(McKay et al., 2011).

En randomisert studie av effekten av oppfølgingstelefoner etter dagbehandling, enten som kort samtale eller med rådgivning ble tidligere utført. 252 pasienter med alkoholavhengighet deltok. Av disse hadde 49% også avhengighet til kokain. Pasientene hadde deltatt i dagbehandling i tre uker, fikk seks måneder til med dagbehandling og ble randomisert til opptil 36 økter av korte oppfølgingstelefoner(TM), litt lengre telefonsamtaler med rådgivning(TMC) eller bare dagbehandling(IOP). De viktigste effektene favoriserte TMC over

TAU på alkohol-bruk og tunge drikkedager. TMC produserte betydelig færre dager med alkoholbruk under måneder 10-18 og tunge drikkedager under månedene 13 til 18. De konkluderte med at telefonoppfølging sammen med IOP gir signifikant forbedret utfall i forhold til IOP alene. Der kortere telefonsamtaler for overvåking og tilbakemeldinger uten veiledning ble gitt, gav det ikke betydningsfulle resultater over IOP. Denne studien tar sikte på å undersøke om utfallet for pasientene fortsatt var forbedret etter 24 måneder.

Studiens hovedfunn:

Den gunstige effekten av prosenter med dager det blir drukket, forblir signifikant, men effekten av intervensjoner på mål av drikking var generelt begrenset til den aktive intervensjonsperioden og ikke lengre synlig etter 18 måneder. Flere andre målinger som endringsvillighet, sosial støtte og effekt av tidligere behandling er heller ikke lengre signifikante. Tidligere ble det funnet at kvinner, personer med lavere endringsvillighet, personer med nettverk som støttet videre drikking og de med tidligere alkoholbehandlinger hadde effekt av oppfølgingen, disse effektene var generelt ikke vedvarende etter 18 måneder. Resultatet indikerer at fordelene av intervensjonen kan være begrenset til enkelte pasienter og at effekten kanskje ikke vedvarer etter behandlingen avsluttes.

Studie 5: AWMF Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen.

AWMF Guideline: Post – acute treatment of alcohol abuse and dependence (Geyer et al., 2006)

Det har blitt gjennomført en systematisk gjennomgang av litteratur, ekspertvurderinger og samtykkende enigheter, med formål om å produsere retningslinjer for post – akutt behandling av alkoholmisbruk og avhengighet. Retningslinjene har som mål å høyne effektiviteten av behandlingen, med en så god empiri som mulig. Alkoholrelaterte lidelser blir i studien forstått i et biopsykososialt perspektiv. Retningslinjene har tatt utgangspunkt i Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Substance Abuse Disorders, fra 1995. Anbefalingene er rangert etter følgende skala: Ia: randomiserte kontrollerte metaanalyser, kontrollerte studier eller minst to randomiserte kontrollerte studier. Ib – minst en randomisert kontrollert studie. IIa: minst en godt anvendt kontrollert studie. IIb: minst en godt anvendt kvasiekseptimentell studie. III: godt anvendte, ikke-eksperimentelle, deskriptive studier. IV: rapporter, meninger av eksperter og konsensuskonferanser og A:

anbefalingen er godt begrunnet empirisk (metaanalyser og systematiske oversikter) B:
anbefalingen er generelt begrunnet (kontrollerte studier og forløpsstudier) og C:
anbefalingene kommer fra ekspertuttaler eller er begrunnet gjennom deskriptive studier.
Målgruppen er pasienter med alvorlige former for skadelig bruk av alkohol eller
alkoholavhengighet. Retningslinjene gjelder både for poliklinisk behandling og
døgnbehandling og bygger på APA sine retningslinjer.

Studiens hovedfunn:

Psykoedukasjon: omfatter formidling av informasjon om type og sykdomsforløpet, med mulige følger for den fysiske- og psykiske helsen og den sosiale virkningen av lidelsen. Effektstyrken fra individuelle programmer er lave (2 x Ia og 2 x IIa) Den kan være effektiv som en del av en mer kompleks behandling (C), men ikke som egen intervensjon (A).

Motiverende Intervju – MI: bør være en del av behandling (A). Viktig for å utforske ambivalens, i kombinasjon med andre metoder forbedrer det resultatet (Ia).

Kognitiv atferdsterapi: kan anvendes i behandling av skadelig bruk og avhengighet, i terapi av kromobide lidelser og psykososiale problem. Det kan også brukes som tilbakefallsforebygging (6 x Ia og 1 x Ib). Det er å anbefale at det benyttes innenfor rammene av en total behandlingsplan (A).

Sosial kompetansetrening – coping skills training: omfatter læringsmestringsstrategier knyttet til flere intrapsyriske og interpersonelle stimulansekonstellasjoner eller stressfaktorer. Problemer med selvfølelse, angst, depresjon og aggressiv atferd fører til belastninger for pasienten selv og dens sosiale omgivelser. Behandlingen kan ved hjelp av terapimanualer gjennomføres individuelt eller i gruppe (3 x Ia) Effekten er godt dokumentert og lar seg godt kombinere med annen behandling (A). De sentrale elementene finnes også i andre tilnærminger.

Eksponeringsterapi: På grunn av manglende data kan eksponeringsterapi generelt ikke anbefales. Dersom den anvendes skal det kun være i kombinasjon med opplæring for å øke mestringskompetanse for passende risikosituasjoner i hverdagen (C).

Læringsbasert rusbehandling - Contingency management: synliggjøring av positive følger av abstinens eller negative konsekvenser av alkoholkonsum synlig. Metoden har både effekt når den anvendes alene eller som en del av en kompleks behandling (B).

Psykodynamisk terapi: Anses å være vellykket og kan anbefales. Den anses å være vel så effektiv som andre behandlinger (4 x IIb, 1 x III, 1 x IV og B). To studier har kommet frem til at psykodynamisk terapi av personer som er mindre avhengige gav bedre resultater enn CBT og mer avhengige dårligere resultat (2 x Ib). Anvendelse av klassisk psykoanalyse til behandling av alkoholrelaterte lidelser kan ikke anbefales (C). Utover sporadiske enkeltrapporter er ikke effektstudier tilgjengelige.

Par- og familieterapi: Aktuelle oversiktsstudier og metaanalyser bekrefter effektivitet av familieterapi (2 x Ia, 1 x Ib, 2 x III og A). Atferdsterapeutisk familieterapi blir estimert til å være mer effektiv enn andre former (Ib). Enkelte steder inngår partene en avholdenekontrakt, partneren skal administrere Disulfiram og tilbakefallsforebygging benyttes. En slik anvendelse av par- og familieterapi kan anbefales (IIa og 2 x B).

Kroppsterapi – avspenning-, bevegelse og treningsterapi: Avspenning kan benyttes sammen med andre behandlingsmetoder (B), men aldri som eneste behandling (Ia og A). Kroppsterapi kan skape en bedre selvverdsfølelse og oppbygging av mestringsstrategier kan være tilbakefallsforebyggende (IIb og B). Det er utilstrekkelig metodisk kvalitet i studier, men tallrike undersøkelser støtter de positive psykologiske virkningene av treningsterapi (IV og IIa). Uklarhetene består av under hvilke forhold de er målbare og hvilke pasienter som profiterer på en slik behandling (IV). Treningsterapi anses for å være oppbyggende, kompenserende og sosialiserende, det er også med på å gi pasientene et differensiert tilbud.

Studien går også gjennom ergo- og arbeidsterapi, verdiorientert terapi og sosialterapi, anskaffelse av jobb og bolig. Jeg går ikke gjennom disse metodene, da jeg ikke anser de for å være relevant for poliklinisk arbeid i den form vi arbeider under.

Studie 6: Gender differences in high – risk situations for drinking: Are they mediated by depressive symptoms?

(Lau-Barraco, Skewes & Stasiewicz 2008).

Studien hadde ut fra tidligere studier en hypotese om at menn og kvinner er ulike når det kommer til høyrisiko situasjoner for tung drikking. Det var 143 deltagere i studien, hvorav 91 var menn. Beck Depression Inventory ble brukt for å måle depresjon, Inventory of drug – taking situations, alkoholversjonene, ble brukt for å vurdere pasientens rusbruk i forhold til åtte kategorier av situasjoner; ubehagelige følelser, fysisk ubehag, hyggelige følelser, testing personlig kontroll, lyst og fristelser til bruk, konflikter med andre, sosialt press til bruk og hyggelige stunder med andre.

Studiens hovedfunn:

Kvinner scoret signifikant høyere enn menn på depressive symptomer. Mennene hadde flere tidligere behandlingserfaringer. Kvinner rapporterte en høyere frekvens av tunge drikkedager som respons på ubehagelige følelser og konflikter med andre. Det var ingen signifikante kjønnsforskjeller i tung drikking i forhold til positive affekter eller sosialt press, men menn scoret noe høyere. Det ble funnet et forhold mellom kjønn og drikking som en respons på ubehagelige følelser og konflikter med andre, ut fra depressive symptomer. Resultatene antyder at kvinners rapportering om flere tunge drikkedager ut fra ubehagelige følelser og konflikter med andre, kan forklares ut fra nivået av depressive symptomer de rapporterte. Funnene kan tyde på at en bør fokusere på disse områdene og arbeide med interpersonal eller sosial ferdighetstrening for å forsterke personlige forhold. Ved å trene opp kommunikasjonsferdigheter og konfliktløsningsferdigheter, kan pasienten ha bedre mulighet til å unngå tunge drikkedager i større grad. Studien viser også til viktigheten av å vurdere og behandle depressive symptomer hos alkoholavhengige kvinner.

Studie 7: Alexitymia, Emotional Dysregulation, and Recovery from Alcoholism: Therapeutic Response to Assessment of Mood.

(Krentzman, Higgins, Staller & Klatt, 2015).

Studien var en sekundær analyse av randomisert kontrollert studie som testet effekten av trivsel i poliklinikk for alkoholmisbruk. Et uventet resultat av kvalitative intervju som oppfølgingsverktøy, viste at deltagerne fant the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) hjelpsom i rehabiliteringen i forhold til å identifisere og rangere følelsene sine. Utgangspunktet for PANAS var kartlegging og måling av endringer i positive og negative

effekter, det var ingen hypotese eller antagelser om at den skulle frembringe terapeutisk effekt hos deltagerne.

Alexitymia, aleksitymi, er vanskeligheter med å identifisere, navngi og uttrykke følelser. Utbredelsen blant personer med alkoholavhengighet er rapporter til å ligge mellom 45% og 67%. Det blir ofte forbundet med ekstra risikofaktorer som et høyere nivå av negative følelser, flere plagsomme somatiske symptomer og umodne egoforsvars mekanismer. Det forbindes også med høyere antall atferds avhengigheter som spiseforstyrrelser og spilleavhengighet. Emosjonell dysregulering inkluderer faktorer som definere aleksitymi men er mer omfattende, representerer vanskeligheter med å modulere følelser og bruke emosjonelle signaler adaptivt (tilpassende) for å samhandle hensiktsmessig med omgivelsene.

Studien av alkoholavhengige viser at de med færre emosjonsreguleringsferdigheter hadde større sannsynlighet for å drikke under og etter behandling.

Den første studien inkluderte 23 personer med alkoholavhengighet, og oppfølgingsstudien inneholdt de 14 deltagerne som nevnte nytten av PANAS.

Studiens hovedfunn:

Det ble funnet tydelige trinn deltagerne flyttet seg i, fra å oppdage gjemte følelser, til å identifisere om det var positive eller negative, til å fortolke følelsene og til å handle på følelsene. Vedrørende fortolkning og handling på følelser, var det dominert av negative affekter, mens identifiseringen beskrev både positive og negative affekter. Det ble oppfattet som utfordrende av deltagerne å identifisere følelser hver dag, kjenne på hvordan man egentlig har det. De fant det hjelpsomt at skjemaet hadde følelser å velge mellom og fikk «a-ha» opplevelser på at slik er det jo jeg har det. Flere deltagere benyttet følelsesregistreringen som en skala på hvordan rehabiliteringen gikk og hvordan de tidligere hadde løst disse følelsene med alkohol. Resultatene antyder at deltagerne viste tegn på aleksitymi og emosjonell dysregulering og en forhøyet reaktivitet til negativt humør. De indikerer også en mer hensiktsmessig bruk av eksisterende behandling for å adressere disse tilstandene som en sentral del av behandlingen for alkoholavhengige.

Studie 8: Traditional approaches to addiction treatment and continuing care.

(McKay, 2009).

Continuing care er i kapittelet fra boken Treating substance use disorders with adaptiv continuing care, beskrevet som individual- eller gruppebehandling som følger etter en mer intensiv fase av behandling, gjerne døgninnleggelse. Forfatteren oppsummerer 20 kontrollerte studier fra slutten av 1980 – tallet. Halvparten av disse gjelder for pasienter med alkoholavhengighet.

Studiens hovedfunn:

Forfatteren har i hovedsak trukket frem gruppebehandling i sine undersøkelser, men fremhever CBT og ekteskaps- og familieterapi i form av atferdsterapi – BMT som effektive behandlingsformer for avhengighet.

Studie 1 - 1988: 96 alkoholavhengige mannlige veteraner mottok ukentlig behandling i tre uker og behandling annenhver uke i ni måneder. I tillegg ble de fordelt til tre tilleggstjenester i de første 6 månedene; ingen ekstra tjenester, telefonkontakt før timer og behandling gjennom hjemmebesøk. De med hjemmebesøk hadde høyest deltagelse og høyere deltagelse resulterer i bedre utfall. Men, det var ingen forskjell i gruppene på fem drikkeutfallsmålinger.

Studie 2 - 1988: 39 mannlige alkoholavhengige deltok i gruppebehandling i åtte uker, med tilbakefallsforebygging - RP eller mellommenneskelig fokus. Resultatet viste ingen gruppeforskjeller.

Studie 3 – 1988: 155 alkoholavhengige pasienter med fire behandlingssesjoner over tre måneder som obligatorisk, frivillig eller forsinket 12 uker. Resultatet viste at det ikke var noen gruppeforskjeller på tilbakefall, deltagelse i AA eller andre utfall.

Studie 4 – 1991: 96 alkoholavhengige pasienter, 33 % kvinner, mottok ukentlige gruppebehandlinger i 26 uker med enten mestrings- eller samspillsterapi. Det forelå ingen gruppeforskjeller på tunge drikkedager, alvorlighet i psykiatri, arbeid eller sosial atferd.

Studie 5 – 1992: 63 problemdrikkere, 32 % kvinner, mottok gruppebehandling, åtte telefonoppfølginger over seks måneder og ingen behandling. Ingen forskjell mellom gruppene fantes.

Studie 6 – 1997: 774 alkoholavhengige, 20 % kvinner, deltok i project MATCH. Pasientene mottok individuell MET, CBT eller 12 – trinnbehandling i løpet av en 12 ukers periode, derav 12 behandlinger med CBT og 12 – trinn og 4 behandlinger med MET. Resultatene viste ingen forskjell mellom gruppene på to hovedutfallsvariabler.

Studie 7 – 1997: 127 mannlige alkoholavhengige pasienter fikk enten hjemmebesøk av sykepleiere over 12 måneder eller vurderingsbesøk hver sjette uke. Pasientene med hjemmebesøk av sykepleiere hadde høyere grad av abstinens, færre «blackouts» og mindre gambling enn den andre gruppen.

Studie 8 – 1998: 59 gifte menn mottok BMT eller RP over 12 måneder mot ingen behandling. BMT/RP viste flere abstinente dager til 18 måneder og bedre utfall i ekteskapet til 30 måneder.

Studie 9 – 2004: 68 alkoholavhengige, 8 % kvinner, i Taiwan, fikk fem 30 – 60 minutters telefonsamtaler over tre måneder mot ingen behandling. De som mottok telefoner hadde høyere abstinensrater, bedre tilpasning, mindre alvorlig avhengighet og færre reinnleggelser enn de uten oppfølging.

Studie 10 – 2005: 124 alkoholavhengige som var rusfri ved begynnelsen av behandlingen, men hadde en historie med tilbakefall, fikk standard behandling eller standard behandling og RP etter Gorski tilnærming. Den gruppen som fikk RP hadde lavere forekomst av tung drikking, færre drikkedager og en trend mot høyere total abstinens.

Studie 9: Multidimensional alcoholism typologies: Could they guide clinical practice? Results from a 3-month prospective study.

(Pombo, Figueira, Da Costa & Lesch, 2015).

Det kan være at klassifikasjonene for alkoholisme er for heterogene til å produsere prognostiske modeller for klinisk anvendelse. Forfatterne viser til at de siste tiårene er vokst frem empiriske funn som støtter verdien av multidimensjonelle alkohol typologier – ATs, men at det mangler konsensus angående den kliniske implikasjonen. Ut fra den

potensielle nyttigheten av å dele inn alkoholavhengige i grupper, vil det kunne være verdifullt å undersøke ATs i konteksten av den «virkelige verdens» kliniske praksis. De ønsket å undersøke det kliniske utfallet av tre multidimensjonelle alkohol typologier – Cloninger, NAT og Lesch – i en tre måneders oppfølgingsstudie.

Cloninger typologi ble inndelt i to, den første omhandlet pasienter som utviklet problemdrikking etter 25 år, hadde sin første behandlingskontakt etter fylte 30 og sjeldent sosiale komplikasjoner, juridisk eller arbeidsproblemer. Den andre omhandler pasienter utviklet problemfylt drikking før 25 år, hadde sin første behandlingskontakt før 30 og hadde hyppige sosiale komplikasjoner, juridisk eller yrkesmessig.

NAT klassifikasjoner blir inndelt i fem undergrupper; Addictopathic, blandingsmisruks type - dersom pasienten innehar en lang historie med heroin eller kokain avhengighet. Sociopathic, antisosial type – dersom pasienten har en lang historie med antisosial atferd og juridiske problem. Tymomatic, affektiv type – dersom pasienten har en lang historie med tunge episoder med depresjon. Anxiopathic, nervøs type – dersom pasienten har en lang historie med angstlidelser. Heredopathic, arvelig type – dersom pasienten har en høy forekomst av familiehistorie av alkoholmisbruk.

Lesch typologier blir inndelt i fire undergrupper av alkoholisme. Type I har tidlige, medium høye abstinens symptomer, craving, positiv familiehistorie vedrørende alkohol og få sosiale problemer. Type II har angst, intensjoner om suicid i hovedsak under påvirkning av alkohol og ingen alvorlige alkoholrelaterte lidelser eller abstinenser. Type III kjennetegnes med søvnproblemer, påvisbare periodiserte drikkeatferd, depressiv, suicidale tendenser, komorbiditet, aggressiv atferd også når de er edru og mild somatisk abstinens. Type IV innebærer cerebral forstyrrelse eller prenatal skade før ferdigstilling av hjernens utvikling, spasmer og nattlig enurese. Studien hadde 201 pasienter fra poliklinisk alkoholbehandling.

Studiens hovedfunn:

Studien fant signifikante forskjeller i klinisk ressursbruk og drikkestatus mellom undergruppene. Cloninger II, Lesch IV og NAT sociopathic og addictopathic undergruppe representerte uregelmessig deltagelse og et høyere nivå av tilbakefall etter avrusning. Forfatterne oppsummerer andre forskninger som har støttet dette resultatet og andre funn enn hva denne studien søkte å finne ut. Ut fra resultatet kan det tyde på at personer som kommer inn under disse undergruppene, kan en standard medisinsk setting være for

restriktiv for deres kliniske behov. En større eller mer alternativ tilnærming, for eksempel skadereduksjon eller komplementære individuelle intervensjoner som i kognitiv terapi, for eksempel sinnemestring eller kognitiv trening, kan forbedre behandlingsutfallet til denne type pasienter.

Studie 10: Alkoholbezogene Störungen in Alter – Aktueller Stand zu Diagnostik und Therapie. Unhealthy alcohol use in elderly – current screening and treatment strategies.

(Lieb, Rosien, Bonnet & Scherbaum 2008)

På grunn av demografiske trender og aldrende kohort, som har høyere rater av rusmisbruk enn noen tidligere generasjoner, er det forventet en økning av eldre alkoholmisbrukere. På tross av dette er det få pasienter over 60 i døgn- eller poliklinisk behandling. Artikkelen ønsker å vise status på forskning av denne gruppen pasienter.

Studiens hovedfunn:

Terapeutiske intervensjoner er også virksomme i forhold til aldrende pasienter med alkohollidelser. Det kan til og med se ut til at denne gruppen responderer bedre på terapi enn de yngre misbrukerne. De som begynte senere å drikke responderer bedre enn de som begynte tidligere i livet. Under kontrollerte studier er det hovedsakelig effektivitet på to intervensjoner testet, BI og CBT.

Målet til BI er at pasient selv skal se problemet, behandleren skal uttrykke bekymring for alkoholinntak og gi klare anbefalinger for videre bruk av alkohol, behandleren skal vise statistisk hvor mye mer andre enn pasienten drikker. Behandleren skal uttrykke empati for hvor vanskelig det er, men at en vet at pasienten kan klare å endre mønsteret selv. Dersom pasienten viser interesse skal en gi tips til hva pasienten kan gjøre videre, for eksempel føre drikkedagbok, ha jevnlig oppfølgingstimer med fastlege eller delta i selvhjelpsgrupper. Behandler skal forsøke å kartlegge risikosituasjoner sammen med pasienten, be pasienten om å kartlegge drikkemengde og mønster, samt helserisiko og sett opp en ny time om to uker. Dersom pasienten ikke er klar for endre drikkemønsteret sitt kan en sammen med pasienten gå gjennom fordeler og ulemper av drikkingen og hvordan det ville være for pasienten å ikke drikke og sette opp en kriseplan for pasienten for å forhindre tilbakefall. BI kan bestå av en times sesjoner mellom tre og fem ganger eller korte intervensjoner på 10

minutter, tre ganger. Forfatterne viser til randomisert kontrollert studie med 158 pasienter over 65 år, med signifikante resultat på drikkemengde, dager med høyt inntak av alkohol og fasene med overdreven drikking.

CBT – omhandler blant annet å avlære rusatferd, øke sosial kompetanse og identifisere og unngå skadelige tanker som kan føre til tilbakefall. Forfatterne viser til at det finnes lite aldersspesifikk forskning på CBT og eldre ruspasienter, men at CBT har vist seg effektiv for eldre med andre typer problematikk. En randomisert studie fra 1987 med 49 deltagere, viser til resultatene av en sammenligning av gruppebehandling med standard psykoterapiprogram vs. gruppe skreddersydd for eldre pasienter. Gjennomsnittsalderen på begge gruppene var rundt 60 år. De i den skreddersydde gruppen ble signifikant lengre i behandling og sluttet behandlingen mer hyppig til normal tid. Den andre undersøkelsen er fra 1992, i døgnbehandling. Der pasientene ble delt inn i tre grupper etter alder, den ene gruppen fikk aldersspesifikke tema og den andre gruppen mer bevegelsesterapi. Den aldersspesifikke gruppen hadde høyere andel abstinente pasienter etter både seks og tolv måneder. Abstinensraten økte også parallelt med aldersgruppene, pasienter som var 50, 55, 60 og 70 år var 0,5 – 1,0 – 1,6 og 5,1 gang hyppigere abstinent enn pasientene i kontrollgruppen.